

Alessandra Rossoni Rafaloski

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO
DE DESASTRE NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU: ÓTICA DOS
TRABALHADORES ENVOLVIDOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rafaloski, Alessandra Rossoni
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
DESASTRE NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU: : ótica dos
trabalhadores envolvidos / Alessandra Rossoni
Rafaloski ; orientador, Dra. Maria Terezinha
Zeferino, 2017.
123 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Atenção
Psicossocial . 3. Situação de Desastre. 4. Impactos
. 5. Saúde mental. I. Zeferino, Dra. Maria
Terezinha. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial. III. Título.

Alessandra Rossoni Rafaloski

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO
DE DESASTRE NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU: ÓTICA DOS
TRABALHADORES ENVOLVIDOS**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO E
REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL
Defesa: 28/11/2017

_Profa. Dra. Magda do Canto Zurba
(Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial)

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino (Presidente)

Prof. Dr. Fabricio Augusto Menegon (Membro)

Profa. Dra. Gisele Cristina Manfrini Fernandes (Membro externo)

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Joel Rafaloski, e ao meu filho, Lorenzo Rafaloski, incentivadores incondicionais, vocês ajudaram a concretizar este sonho.

À minha família pela torcida, em especial à minha mãe, Leoni Malagi Rossoni, pela preocupação e incentivo prestado nesta caminhada.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino, pela atenção, disponibilidade e incansáveis orientações, bem como, por todos os ensinamentos compartilhados que me guiaram e incentivaram durante a trajetória do mestrado. Se hoje estou finalizando este trabalho feliz com os resultados, é porque estive ao meu lado o tempo todo. Admiro muito seu trabalho!

Aos membros da Banca Examinadora, obrigada pelo aceite. A colaboração de vocês é muito importante para mim.

Ao laboratório de pesquisa APIS, obrigada pela acolhida e colaboração, em especial aos membros, Dra. Horto Fontoura Cartana, e ao psiquiatra, Me. Marcelo Brandt Fialho, pelas orientações e contribuições para a melhora deste trabalho.

Aos serviços e trabalhadores que aceitaram participar e disponibilizaram seu tempo para a realização da pesquisa.

Às amigas, Ma. Lenemar Nascimento Pedroso e Ma. Gabriela Romão, que me encorajaram e nortearam meu desejo de ingressar no mestrado. Às amigas, Naiara Medeiros Pacheco e Denise Ayres Davila, que me trouxeram entusiasmo em todas as etapas deste estudo.

Obrigada a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram com a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo geral compreender a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre em um município de Blumenau na ótica dos trabalhadores envolvidos. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa, que teve como contexto um município com histórico de recorrentes desastres que marcam a história da população. A coleta de dados se deu através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com trabalhadores que foram abordados pelo método “Bola de Neve” ou Cadeia de Informante. Houve como resultado quatro unidades de análise que abordaram o Impacto dos Desastres na Saúde mental das pessoas envolvidas e, também, na Saúde mental dos trabalhadores que atuaram em situação de desastres, além das Ações já Realizadas e as Estratégias para Situações de Desastre que estão atualmente vigentes no município estudado. Analisou-se então, a existência de importantes estratégias no município, onde a atenção psicossocial não é pensada diretamente, mas são formas encontradas para levar a ajuda em saúde mental para população. Trata-se de estratégias, que demonstram a preocupação em prevenir danos, organizar e acionar os serviços para a atuação. No entanto, percebeu-se que a saúde mental em situação de desastre precisa ir além, deve estar mais atuante na prevenção, durante e pós-desastre, para trabalhadores e população, garantindo o cuidado integral a todas as pessoas

Palavras-chave: Atenção Psicossocial 1. Situação de Desastre 2. Impactos 3. Saúde mental 4.

ABSTRACT

This paper had the objective of understanding the psychosocial attention paid to people in disaster situations in an area within the city of Blumenau, from the perspective of the involved workers. It is a descriptive exploratory research, with a qualitative approach, in a context of a town with a history of recurrent disasters that deface the population's history. The collecting of data was through semi-structured interviews done to workers that were approached by the "*Bola de Neve*" or *Cadeia de Informante* method. This resulted in four analysis units that approached the disaster's impact on mental health of the people involved, and also on the mental health of people who worked on disaster situations, aside actions already taken and strategies for disaster situations that are currently in force in the town studied. It was analyzed then the presence of important strategies in this town, where psychosocial attention is not thought of right away, but people find ways to help the population with their mental health. We are talking about strategies, that show the worry in avoiding damage, organizing and activating the services for the actions. However, it was realized that the care for mental health in disaster situations needs to go beyond. It must be more active in the prevention, occurrence and post-disaster, for the workers and the population, guaranteeing the full care for all people.

Keywords: Psychosocial Attention 1. Disaster Situation 2. Impacts 3. Mental Health 4.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPAHP – Associação Brasileira de Programas de Ajuda Humanitária em Psicologia
APIS – Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas
APH – Atendimento Pré-Hospitalar
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIEVS – Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CID 10 – Código Internacional de Doenças
COBRADE – Codificação Brasileira de Desastre
CFP – Conselho Federal de Psicologia
COBRADE – Codificação Brasileira de Desastre
CONPDEC – Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil
ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
ESF – Estratégia Saúde da Família
GRAC – Grupo de Respostas e Ações Coordenadas
FN-SUS – Força Nacional do SUS
IASC – El Comité Permanente entre Organismos
OPAS – Organização Pan-Americana
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCP – Primeiros Cuidados Psicológicos
PNPDEC – Política Nacional de Proteção e Defesa Civil
PVC – Programa de Volta para Casa
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAS – Serviço de Avaliação em Saúde Mental
SDH – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SINDEC – Conselho Nacional de Sistema Nacional de Defesa Civil
SINPDEC – Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil
SINVSA – Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS – Sistema Único de Saúde
SHR – Serviço Hospitalar de Referência
TEPT – Transtorno de Estresse Pós Traumático
UA – Unidade de Acolhimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	OBJETIVOS.....	19
1.1.1	Objetivo geral.....	19
1.1.2	Objetivos específicos.....	19
2	DESENVOLVIMENTO.....	20
2.1	DESASTRE E A DEFESA CIVIL.....	20
2.2	DESASTRES E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	27
2.3	DESASTRE E SAÚDE MENTAL: VISÃO INTERNACIONAL.....	35
2.4	DESASTRES E SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS PESSOAS ENVOLVIDAS.....	41
2.5	SITUAÇÕES DE DESASTRES NO BRASIL.....	49
3	METODO.....	53
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	53
3.2	CONHECENDO O CENÁRIO.....	54
3.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	58
3.4	COLETA DE DADOS.....	58
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	59
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	59
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1	IMPACTO DOS DESASTRES NA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS ENVOLVIDAS.....	61
4.2	IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES QUE ATUARAM EM UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE.....	68
4.3	AÇÕES JÁ REALIZADAS EM SITUAÇÕES DE DESASTRES.....	74
4.4	ESTRATÉGIAS PARA SITUAÇÕES DE DESASTRES ...	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS.....	96

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA O INFORMANTE-CHAVE	116
ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA SAÚDE	117
APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA DEFESA CIVIL E CB	118
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	119
APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ.....	122
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	123

1 INTRODUÇÃO

O desastre é um fenômeno que traz sérios impactos à população que está direta ou indiretamente envolvida. Para a Defesa Civil Nacional, desastre é “resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável), causando danos humanos, materiais e/ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais” (BRASIL, 2007a).

O desastre natural é uma situação que demanda da gestão pública importantes estratégias de prevenção e de restabelecimento dos serviços essenciais. No entanto, a realidade ainda está aquém do necessário. O território brasileiro, por ter diversidade em seu clima e geologia, necessita realizar um planejamento adequado a fim de prevenir e atuar em situações de desastre de forma resolutiva em seus vários contextos.

A Defesa Civil Nacional, organizada pelo Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC, órgão do Ministério de Integração Nacional, destinado a realizar ações preventivas, assistenciais, recuperativas e de socorro, classifica o desastre frente a critérios de intensidade (do nível I ao nível IV), evolução (súbitos ou de evolução aguda) e origem (naturais, humanos ou antropogênicos e mistos) (CASTRO, 1998).

Segundo o Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil (CEPED-UFSC, 2012), os desastres que mais acometeram a população brasileira entre os anos de 1991 e 2010 foram: as estiagem e seca, inundação brusca e inundação gradual. Na região Sul, os mais frequentes foram: estiagem e seca, inundação brusca e vendaval e/ou ciclone.

Uma situação de desastre envolve várias vivências, e desta maneira, afeta os sujeitos também de forma diferente: perdas da lavoura para agricultores, perda de produtos para comerciantes, perda de algum ente querido, entre outras.

Neste contexto disruptivo, a saúde mental da população se torna alvo fácil, demandando dos trabalhadores da Atenção Psicossocial o desenvolvimento de ações para lidar com essa condição. No entanto, conforme Mordechai, Benyakar e Collazo (2009, p. 88), “o número de profissionais treinados no assunto nunca é proporcional às necessidades apresentadas, pois, para cada pessoa com ferimento físico, existem pelo menos duzentos que precisam de assistência (não tratamento) na área de saúde mental” (traduzido pela autora).

Isso nos revela a importância da atuação, em todas as esferas, embasada em conhecimentos em saúde mental para proporcionar à população e aos próprios profissionais, a realização de atividades que promovam a prevenção, mitigação e tratamento em saúde mental.

E foi pensando na saúde mental e atenção psicossocial das pessoas atingidas por desastre, que esta pesquisa tomou forma. É importante que o atendimento nessa situação, ocorra de uma forma onde a coletividade possa ser assistida e respeitada como sujeito, e onde todos possam ser contemplados frente à saúde mental.

Este estudo teve como contexto um município de Blumenau, em Santa Catarina, dada a sua recorrência de desastres que marcam a história da população e que, por isso, demanda dos serviços, estratégias de atenção e cuidado para essas situações.

O município estudado registrou, desde o ano de 1952 até 2011, 77 enchentes (CEOPS, 2012), de pequeno e grande porte, como a que ocorreu em 2008, quando, após 45 dias de chuva, mais de 5.600 mil pessoas foram atingidas (SANTA CATARINA, 2012a).

Ao se observar as diversidades locais, a necessidade de cuidado das pessoas, as redes de serviços disponíveis e preparadas para atuarem de forma organizada, neste contexto de emergências, quer sejam acidentes, desastres ecológicos ou incêndios, destacam-se a priorização na saúde mental das pessoas envolvidas e a disponibilidade da rede de saúde para atuar e, em especial, a rede de atenção psicossocial que deve estar preparada para ofertar os cuidados necessários.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088/2011 do Ministério da Saúde, é um conjunto de serviços de saúde mental integrados, efetivos e articulados em distintos pontos de atenção. É uma política voltada para o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico e com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas.

Já para as situações de desastre em que a RAPS precisa ser acionada, a portaria não traz orientações para alocar as ações e os serviços a serem desenvolvidas pelos profissionais neste contexto.

O tema deste estudo surgiu a partir de uma inquietação quando a autora atuou como psicóloga do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, em um município do Oeste Catarinense, e ao se deparar com situações de desastre na região, teve dificuldade para encontrar materiais que pudessem orientar os profissionais a atuarem com foco na saúde mental dos sujeitos atingidos. Em uma situação de desastre em que os sujeitos ficam abalados psicologicamente, a atenção multiprofissional

com um olhar para a saúde mental pode amenizar o sofrimento e prevenir transtornos mentais futuros (OPAS, 2006).

Além disso, a sua participação no Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas – APIS produziu reflexões sobre o cuidado necessário às situações limite na atenção psicossocial – crise e urgência, tendo o desastre como uma das mais graves ocorrências que pode levar a estas situações.

O presente estudo, entende a Saúde Mental como algo que vai além da ausência de doença, tal como a OPAS/OMS já reconheceram. Percebe-se saúde mental como um estado de bem-estar, onde a pessoa encontra capacidades próprias para usar suas habilidades, ser produtivo e conseguir recuperar-se do estresse que lhe é imposto.

No Brasil são escassos os documentos disponíveis sobre a temática de desastre com ênfase em Saúde Mental. Numa pesquisa bibliográfica realizada foram encontrados alguns materiais, como o Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres, produzido pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR, do Ministério da Justiça e Cidadania (BRASIL, 2013), e o Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b) elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, orientando os serviços para a atuação dos profissionais em uma situação de desastre. No entanto, nenhum deles aprofunda as questões relativas à atenção psicossocial, não especificando ações práticas para que os profissionais possam atuar efetivamente nas situações de desastres.

Já no contexto internacional foi possível encontrar registros importantes como os da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, (organismo internacional de saúde pública, que faz parte da Organização das Nações Unidas (ONU) que se dedica a melhorar a qualidade de saúde dos países das Américas) e Organização Mundial da Saúde – OMS (agência especializada em saúde subordinada à ONU, cujo objetivo é desenvolver saúde a todos os povos), que trazem referências frente à atuação dos profissionais em ações psicossociais no cuidado em saúde mental das pessoas atingidas por desastres. Neste estudo, os devidos materiais serviram como base para o conhecimento dos preceitos desses órgãos, bem como para aprofundar as possibilidades de atuação em situação de desastre contidas neles.

Alguns estudos mostram a importância da atenção em saúde mental aos atingidos por uma situação de desastre de modo que venha prevenir o surgimento e agravamento em curto, médio ou longo prazo, de complicações na esfera psicossocial como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Ansiedade e a Depressão, por exemplo. Conforme OPAS/OMS (2002), experiências militares demonstram que o sujeito pode apresentar sintomas físicos e psicológicos quando exposto a eventos traumáticos, e estes sintomas podem se tornar graves quando não atendidos de forma eficaz.

Em um estudo que referencia o “Sofrimento psicológico em sobreviventes do terremoto ocorrido no Haiti em 2010” (GUIMARO, 2013a), concluiu-se que o sujeito que perde ao menos um ente querido, pode aumentar em até cinco vezes as chances de desenvolver depressão e ansiedade, comparado aos que também vivenciaram o desastre mais não tiveram perdas de pessoas próximas.

O trabalho intitulado de “Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010” evidenciou que trabalhadores que já atuaram em situações de desastre aumentam as chances de desenvolverem transtorno pós-traumático quando expostos pela segunda vez em momento de risco (GUIMARO, 2013b).

Conforme o Guia Prático de Saúde Mental em Situações de Desastre (OPAS, 2006), durante uma situação de desastre, na maioria das vezes, o sujeito se depara de forma abrupta com a realidade, neste momento o sistema nervoso se altera e pode afetar as respostas imunológicas, podendo experimentar sensações emocionais intensas que podem ir do medo paralisante à agitação desordenada, da dor extrema à ausência de dor. Após a situação de desastre, pode continuar sentindo forte medo e ansiedade que vai dando espaço para sensações de tristeza e irritabilidade. Podem ainda, surgirem sintomas psicossomáticos como dores e agravos em geral.

A dor pode ser intensificada quando acontecem perdas materiais e pessoais, o sujeito precisa lidar com luto e com uma nova adaptação de sua vida. Neste sentido, a readaptação será facilitada quando ele encontra apoio psicossocial, e esta intervenção não pode ser limitada aos serviços especializados, ela deve estar presente nas ações de todos os profissionais que estão ali atuando, de forma que a atenção em saúde mental seja oferecida a todos os atingidos pelo desastre.

Pensando na saúde mental e no apoio psicossocial e intervenções que os trabalhadores da saúde podem realizar em uma situação de desastre, este estudo tem como questão de pesquisa: **como é a atenção psicossocial para as pessoas em situação de desastre no município de Blumenau na ótica dos trabalhadores envolvidos?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Compreender a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre no município de Blumenau na ótica dos trabalhadores envolvidos

1.1.2 Objetivos específicos

Conhecer o impacto na saúde mental das pessoas envolvidas em situações de desastres no município de Blumenau;

Descrever as ações de atenção psicossocial desenvolvidas no município de Blumenau para as pessoas envolvidas em situações de desastres;

Identificar as estratégias de atenção psicossocial para as pessoas envolvidas em situações de desastres no município de Blumenau.

2DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa, onde no processo de busca não se utilizou de um critério sistemático, constituindo-se assim, de análises de publicação de livros, artigos em revista impressa e eletrônicos entre outros (ROTHER, 2007).

Primeiramente se aborda a vulnerabilidade socioambiental e os conceitos e definições de desastre sob a ótica da Defesa Civil, bem como sua função e de outros setores que estão interligados a este e ainda, sobre o Marco de Sendai e Hyogo. Em seguida, apresenta-se também, como o Sistema Único de Saúde – SUS se articula para realizar o atendimento a pessoas que foram atingidas por desastres. Descreve-se sobre a Rede de Atenção Psicossocial, juntamente com as leis e diretrizes que a instituíram.

Por conseguinte, expõe-se um subtítulo para apresentar a visão internacional para o atendimento em desastre, para isso, são apresentados alguns materiais e diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde, que objetivam orientar profissionais para o atendimento em situações de desastre com foco na atenção psicossocial e na saúde mental dos envolvidos. Também se discorre sobre os impactos na saúde mental das pessoas envolvidas e as principais teorias sobre o tema. Por fim, desenvolve-se um breve histórico de grandes desastres naturais e provocados pelo homem, acometidos no Brasil.

2.1 DESASTRE E A DEFESA CIVIL

Antes de se aprofundar nos conceitos que a Defesa Civil traz para as situações de desastre, algumas considerações são necessárias em relação à vulnerabilidade socioambiental em desastres, onde condições ou graus de vulnerabilidade das regiões e/ou comunidades acometidas por este evento devem ser levadas em consideração (ROCHA; ALPINO 2016).

É importante se compreender que a intensidade de um desastre não depende somente da magnitude do evento, mas também do grau de vulnerabilidade da localidade atingida, tornando o desastre natural em particular, como um fenômeno socialmente construído (ROCHA; ALPINO, 2016).

A vulnerabilidade passa a ser entendida como uma condição social de fatores advindos de mudanças ambientais e de processos sociais. Por

mudanças ambientais se entende as advindas da degradação ambiental, como desmatamentos de encostas e leitos de rios e igarapés, poluição, entre outros; e por processos sociais, as advindas das precariedades das condições de vida e proteção social, por exemplo, acesso a serviços, desemprego, falta de saneamento básico e água potável, habitações precárias, entre outros (ROCHA; ALPINO, 2016, OPAS, 2015).

Um dos grandes causadores do aumento da vulnerabilidade socioambiental são os processos econômicos, culturais e sociais em desenvolvimento que provocaram um crescimento populacional acelerado e desorganizado em algumas localidades, fazendo aumentar a quantidade de casas construídas em locais inadequados e sem saneamento básico. Outro grande causador são os modelos utilizados de exploração de recursos naturais, produção agrícola e industrial (OPAS, 2015).

Conforme OPAS (2014), desastres são a soma de condições de vulnerabilidade socioambiental com a desigualdade social, econômica e social, essa relação acaba refletindo em catástrofes com consequências maiores em países pobres que têm menor capacidade de governança. Quando o país possui renda maior, melhor será sua preparação e resposta aos desastres, resultando em agravos menores na população.

Desta forma, quanto maior o IDH do município, melhor será a sua capacidade de governança e de resposta em situação de desastre. Torna-se imprescindível considerar os impactos deste, a partir da vulnerabilidade socioambiental relacionada com a intensidade e com a magnitude do evento, o que faz criar um ciclo vicioso que irá refletir na causa e nos impactos do desastre (OPAS, 2015).

Quanto maior é a vulnerabilidade socioambiental de determinada região ou comunidade, também será maior a dificuldade em gerir o desastre, já que a resiliência da localidade será menor. Quanto mais pobre o país ou município atingido por um acidente natural, maior será o impacto do evento, “embora enchentes e inundações aconteçam em todo o planeta, 95% das pessoas que morrem em consequência desses eventos estão concentradas nos países com baixa renda per capita” (ROCHA; ALPINO 2016 p.16).

Como exemplo da vulnerabilidade em relação aos impactos socioambientais, foram os terremotos ocorridos em fevereiro de 2010 no Chile e, em janeiro de 2011, no Haiti. O país da América Central, com menor renda per capita em relação ao Chile, teve um número de vítimas

fatais 385 a 519 vezes maior. O que impacta ainda mais é que o terremoto do Chile durou três minutos com magnitude de 8,8 na escala Richter, já o terremoto no Haiti durou somente 35 segundos com valores de 7,0 a 7,3 na escala Richter (FREITAS et al, 2012). Compreendendo a relevância que tem a análise da vulnerabilidade socioambiental em uma situação de desastre, aprofunda-se a seguir em conceitos que nortearão este estudo sobre os desastres.

É importante frisar que não existe um conceito único, mas se apresenta a definição da Defesa Civil Nacional por ser um órgão que objetiva a resposta imediata nestas situações e para isso, aciona outros setores como, por exemplo, o da saúde para a realização de um atendimento articulado.

Neste sentido, define desastre como o “resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema (vulnerável), causando danos humanos, materiais e/ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais” (BRASIL, 2007a, p.8).

No Brasil, a Defesa Civil começou a ser cunhada em 1942, inicialmente por motivos de desastres em situação de guerra e mais tarde foi estruturada para função de desastres naturais. Hoje, a Defesa Civil, estando lotada no Ministério da Integração Nacional, se organiza em sistemas abertos e conta com a participação dos governos municipais e também da população para o desenvolvimento de ações de prevenção e para situações de pós-desastre.

A proteção e defesa civil foram recentemente constituídas pela Lei n. 12.608, de 10 de abril de 2012, conforme a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC, onde dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPEDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC, que visam autorizar a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres (BRASIL, 2012a). O SINPEDEC é composto por órgãos multissetoriais onde a atuação acontece com dinâmica horizontal e vertical, em todo o território nacional.

Os conceitos utilizados pela Defesa Civil neste contexto estão descrito no Decreto n. 7.257, de agosto de 2010, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC, e o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade pública, sobre as transferências de recursos para ações de socorro, assistência às vítimas, restabelecimento de serviços essenciais e reconstrução nas áreas atingidas por desastre, e dá outras providências, além de incorporar outras

estabelecidas pelo Ministério da Integração Nacional (BRASIL, 2010a p. 1). Conforme quadro conceitual abaixo:

Quadro 1: Quadro conceitual da COBRADE

Termo	Definição
Desastre	Resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais.
Situação de emergência	Situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento parcial da capacidade de resposta do poder público ao ente atingido.
Estado de calamidade pública	Situação anormal, provocada por desastres, causando danos e prejuízos que impliquem o comprometimento substancial da capacidade de resposta do poder público ao ente atingido.
Ações de socorro	Ações imediatas de resposta aos desastres com o objetivo de socorrer a população atingida, incluindo a busca e salvamento, os primeiros socorros, o atendimento pré-hospitalar e o atendimento médico e cirúrgico de urgência, entre outras.
Ações de assistência às vítimas	Ações imediatas destinadas a garantir condições de incolumidade e cidadania aos atingidos, incluindo o fornecimento de água potável, a provisão e meios de preparação de alimentos, o suprimento de material de abrigo, de vestuário, de limpeza e de higiene pessoal, a instalação de lavanderias e banheiros. Além do apoio logístico às equipes empenhadas no desenvolvimento dessas ações, a atenção integral à saúde, ao manejo de mortos, entre outras.
Ações de restabelecimento de serviços essenciais	Ações de caráter emergencial destinadas ao restabelecimento das condições de segurança e habitabilidade da área atingida pelo desastre, incluindo a desmontagem de edificações e de obras de arte com estruturas comprometidas, o suprimento e distribuição de energia elétrica, água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem das águas pluviais, transporte coletivo, trafegabilidade, comunicações, abastecimento de água potável e desobstrução e remoção de escombros, entre outras.

Ações de reconstrução	Ações de caráter definitivo destinadas a restabelecer o cenário destruído pelo desastre, como a reconstrução ou recuperação de unidades habitacionais, infraestrutura pública, sistema de abastecimento de água, açudes, pequenas barragens, estradas vicinais, prédios públicos e comunitários, cursos d'água, contenção de encostas, entre outras.
Ações de prevenção	Ações destinadas a reduzir a ocorrência e a intensidade de desastres, por meio da identificação, mapeamento e monitoramento de riscos, ameaças e vulnerabilidades locais, incluindo a capacitação da sociedade em atividades de defesa civil, entre outras.

Fonte: BRASIL, 2010a p. 1.

Para que aconteça a decretação de emergência, existe uma classificação que o sistema nacional utiliza, chamada de Codificação Brasileira de Desastre (COBRADE), sendo a partir desta que o Sistema Nacional da Defesa Civil funciona. O COBRADE fez uma adaptação da realidade do Brasil e também se valeu da classificação internacional de desastres definida pela ONU (BRASIL, 2016).

A COBRADE divide os desastres em dois grandes grupos: os naturais e os tecnológicos, como segue abaixo (BRASIL, 2016):

Naturais: geológicos (terremotos, erosão e movimento de massa), hidrológicos (enxurrada, alagamentos e inundações), meteorológicos (ciclones, geadas e tempestades, entre outros.), climatológicos (secas, estiagem, entre outros.) e biológico (epidemias, infestações e pragas).

Tecnológicos: os acidentes com substâncias radioativas, com produtos perigosos, incêndios urbanos, acidentes em obras civis (rompimento de barragem), e o desastres relacionados a transporte de passageiros e cargas não perigosas (aeroviário, ferroviário, rodoviário e marítimo).

Pensando em ações em que o profissional da Defesa Civil precisa desenvolver, o Ministério da Integração Nacional lançou, em 2012, o Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres Naturais, que visam às ações em quatro eixos temáticos, são eles: O primeiro corresponde à prevenção (exemplos, obras de contenção de encostas, drenagem urbana e controle de inundações, mapeamento, monitoramento, alerta e resposta a desastres). O segundo é o mapeamento de área de risco de deslizamento, enxurradas e inundações com prioridade em 821

municípios que se encontram com risco de deslizamentos e enxurradas. O terceiro diz respeito ao monitoramento e alerta; e o quarto eixo, refere-se à resposta ao desastre, envolvendo ações que visam acelerar as execuções de socorro e restabelecimento (BRASIL, 2012b).

Neste contexto dos desastres, e pensando na saúde mental dos envolvidos, bem como na forma de atuação do psicólogo, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) criou em 2006 a Comissão Nacional de Psicologia nas Emergências e Desastres que visa à discussão do papel do profissional psicólogo frente a situações de desastre, procurando estar em acordo com políticas públicas da Defesa Civil e às demais legislações específicas. Para nortear e subsidiar o profissional, o CFP publicou em 2013 uma nota técnica sobre o tema “Atuação de psicólogos em situações de emergências e desastres, relacionadas com a política nacional de Defesa Civil” (CFP, 2013) que traz importantes esclarecimentos sobre a atuação do profissional em situação de desastre.

No entanto, longe de ser um tema restrito, a saúde mental relacionada aos desastres trouxe benefícios para profissionais de muitas áreas. A multidisciplinaridade e intersetorialidade no atendimento às pessoas atingidas por uma situação de desastre são consequentes pela formação e articulação dos órgãos competentes. Neste contexto o Sistema Único de Saúde deve estar preparado para situações de desastre, bem como em suas estratégias para a prevenção e atuação pós-desastre.

No contexto da necessidade de pensar em prevenção e preparo em desastres, surgiu o Marco de Sendai que foi estabelecido em março de 2015, na cidade de Sendai, no Japão, para a redução do risco de desastre, entre os países em nível local, nacional, regional e global. Este Marco veio para completar o Marco de Ação de Hyogo que teve regência de 2005- 2105, e contribuiu para a construção de resiliência das nações e comunidades frente aos desastres, além de ter sido um importante instrumento para conscientização pública e institucional (ONU, 2015a).

Durante os 10 anos do Marco de Hyogo, mais de 1,5 bilhões de pessoas foram afetadas por desastres, dentre elas mais de 700 mil perderam a vida em todo o mundo. Já a perda econômica foi de mais de US\$ 1,3 trilhões. Todos os países estão expostos a desastres, no entanto, os países em desenvolvimento têm mortalidade e perdas econômicas maiores (ONU, 2005).

O Marco de Hyogo colocou a importância de ter práticas de redução de risco em desastre onde todos trabalhem em conjunto:

população, governantes e serviços multissetoriais, incluindo academias de ensino e instituições científicas e de pesquisa (ONU, 2005).

Baseado nas propostas do Marco de Hyogo, o Marco de Sendai tem como principais objetivos:

Redução substancial nos riscos de desastres e nas perdas de vidas, meios de subsistência e saúde, bem como de ativos econômicos, físicos, sociais, culturais e ambientais de pessoas, empresas, comunidades e países.

Prevenir novos riscos de desastres e reduzir os riscos de desastres existentes, através da implementação medidas econômicas, estruturais, jurídicas, sociais, de saúde, culturais, educacionais, ambientais, tecnológicas, políticas e institucionais integradas e inclusivas que previnam e reduzam a exposição a perigos e a vulnerabilidade a desastres, aumentar a preparação para resposta e recuperação, e, assim, aumentar a resiliência (ONU, 2015b, p. 7).

E como metas globais, foi acordado:

(a) Reduzir substancialmente a mortalidade global por desastres até 2030, com o objetivo de reduzir a média de mortalidade global por 100.000 habitantes entre 2020-2030, em comparação com 2005-2015.

(b) Reduzir substancialmente o número de pessoas afetadas em todo o mundo até 2030, com o objetivo de reduzir a média global por 100.000 habitantes entre 2020-2030, em comparação com 2005-2015.

(c) Reduzir as perdas econômicas diretas por desastres em relação ao produto interno bruto (PIB) global até 2030.

(d) Reduzir substancialmente os danos causados por desastres em infraestrutura básica e a interrupção de serviços básicos, como unidades de saúde e educação, inclusive por meio do aumento de sua resiliência até 2030.

(e) Aumentar substancialmente o número de países com estratégias nacionais e locais de redução do risco de desastres até 2020.

(f) Intensificar substancialmente a cooperação internacional com os países em desenvolvimento

por meio de apoio adequado e sustentável para complementar suas ações nacionais para a implementação deste quadro até 2030.

(g) Aumentar substancialmente a disponibilidade e o acesso a sistemas de alerta precoce para vários perigos e as informações e avaliações sobre o risco de desastres para o povo até 2030 (ONU, 2015b, p. 7 e 8).

Os países devem fazer adaptações específicas de modo a unir todos os setores para a execução dos planos classificados como prioridade, que são: compreender os riscos e desastres; fortalecer a governança para a gestão de risco; intervir na redução de risco para a resiliência; e aumentar a preparação para resposta eficaz no âmbito da reabilitação e da construção (ONU, 2015b).

O documento ressalta em vários momentos a importância dos países em prevenir e reduzir os riscos em desastres, onde a responsabilidade precisa ser compartilhada entre os governos centrais, e todas as instituições, legislativas e de execução, que devem participar dessas ações. É exposto ainda, a importância das políticas e do trabalho multissetorial neste contexto, além da participação da sociedade na colaboração e participação de tais ações.

No Brasil, tiveram 344 cidades comprometidas com a proposta de construir cidades resilientes. Trata-se de cidades que ao mesmo tempo que são público alvo, também são agentes responsáveis por desenvolver a campanha (BRASIL, 2015b).

Em Santa Catarina são 11 os municípios participantes, são eles: Araranguá; Criciúma; Florianópolis; Itajaí; Jaraguá do Sul; Joinville; Lages; Ponte Alta; Rio do Sul; Tubarão e Blumenau, município deste estudo (SANTA CATARINA, 2012b).

2.2.DESASTRES E POLÍTICAS DE SAÚDE

Os desastres podem afetar a saúde pública por meio de mortes, ferimentos, doenças. Danificam ou destroem a infraestrutura local de saúde, de saneamento, moradias, estabelecimentos comerciais e públicos e interrompem serviços básicos como de luz, telefone, transporte, água, entre outros.

Em situações de desastres o SUS tem alguns setores envolvidos, como o SINVSA – Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b). O SINVSA reúne ações e serviços que são prestados por órgãos e entidades públicas ou privadas frente à vigilância em saúde ambiental com o objetivo de indicar e colocar em prática ações de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle de possíveis agravos que incluem os desastres naturais.

No âmbito da saúde, dentro do SINVSA, o Ministério da Saúde conta com o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais – Vigidesastre, nas três esferas do governo, responsáveis por monitorar e fazer a gestão de risco e desastres no âmbito do Sistema Único de Saúde e atua em parceria com a Diretoria de Defesa Civil e órgãos vinculados (BRASIL, 2007b).

Conforme o Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres Naturais (BRASIL, 2007b), os desastres naturais que mais acometem no Brasil conforme as diferenças próprias de características regionais são:

- Região Norte: incêndios florestais e inundações;
- Região Nordeste: secas e inundações;
- Região Centro-Oeste: incêndios florestais;
- Região Sudeste: deslizamento e inundações;
- Região Sul: inundações, vendavais e granizo.

Em 2005, a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde criou a portaria n. 30 que forma o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), e define suas atribuições, composição e coordenação. As atribuições do CIEVS são referentes ao enfrentamento a situações de calamidades e/ou na investigação de surtos ou doenças, quando necessário (BRASIL, 2005a).

Ainda na política de saúde, o Ministério da Saúde conta também com a Força Nacional do SUS, responsável por responder à emergência em saúde pública de alcance nacional (FN-SUS). A FN-SUS foi criada pelo Decreto N. 7.616/2011 (BRASIL, 2011c) e regulamentada pela Portaria N. 2.952/2011 (BRASIL, 2011d). Nela esta disposta a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, que pode ser declarada pelo Governo Federal para apoiar municípios em casos de emergência, desastres e situações epidemiológicas com risco de disseminação em abrangência nacional.

Quando acionada, a FN-SUS, após decretação de situação de emergência, calamidade ou desassistência (incapacidade ou insuficiência de atendimento à demanda que se apresenta), atuará inicialmente com o deslocamento de uma equipe de “missão exploratória”, que irá até o local para realizar o diagnóstico da situação (rede local, equipamentos, insumos e profissionais da saúde). A etapa “exploratória” pode não ser viável em situações de grande emergência como foi no incêndio da boate Kiss no Rio Grande do Sul, por exemplo, onde a FN-SUS também atuou (BRASIL, 2015a).

A Força Nacional do SUS, conta com um cadastro de 12.869 voluntários capacitados, que são profissionais da saúde, e estoques de insumo e de 48 toneladas de medicamentos estratégicos. As equipes irão atuar com orientações técnicas, atendimentos, busca ativa, monitoramento, liberação de medicamentos e reconstrução da rede de atenção à saúde local (BRASIL, 2015a).

Estas leis, diretrizes, e portarias apresentadas, objetivam a prevenção, a atuação profissional no manejo dos cuidados em primeiros socorros e em situações de epidemia e o restabelecimento pós-desastre, como a reconstrução e alocação dos atingidos. Portanto, são ações que contemplam suprir as necessidades básicas do ser humano como água, alimento e um lugar para ficar mesmo que temporário. São normativas que atendem à reconstrução da estrutura da localidade, e à volta da rotina dos indivíduos e do município.

Outro documento que traz sobre o atendimento em situação de desastre, é o “Protocolo nacional conjunto para proteção integral a crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres” de 2013, instituído pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República – SDH/PR (BRASIL, 2013).

No âmbito da criança e adolescente, este Protocolo foi formulado especialmente a partir da Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, o art. 144 da Constituição Federal, que atribui ao Estado a responsabilidade pela integridade e segurança das pessoas, também pelo art. 227, que obriga a prestação de socorro e atendimento prioritário à infância e adolescência e pelo Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes que formula no eixo Proteção e Defesa o objetivo de “estabelecer e implementar protocolos para a proteção a crianças e adolescentes em situação de emergências, calamidades, desastres de origem natural e assentamentos precários”.

No que se refere à pessoa com deficiência, foi utilizado o Decreto n. 6.949/2009, que no art. 11, (BRASIL, 2009a, p. 9) estabelece que:

[...] em conformidade com suas obrigações decorrentes do direito internacional, inclusive do direito humanitário internacional e do direito internacional dos direitos humanos, os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar a proteção e a segurança das pessoas com deficiência que se encontrarem em situações de risco, inclusive situações de conflito armado, emergências humanitárias e ocorrência de desastres naturais.

Quanto à proteção às pessoas idosas, foi citada especialmente a Lei n. 8.842/1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso presente na Lei n. 10.741/2003 (BRASIL, 2013).

O protocolo acima mencionado (BRASIL, 2013), tem como objetivos assegurar os direitos da criança e do adolescente, da pessoa idosa e da pessoa deficiente a fim de reduzir a vulnerabilidade desse grupo em uma situação de desastre e orientar agentes público, o setor privado, e a sociedade civil sobre a prevenção, resposta e recuperação nos três níveis da Federação.

As diretrizes gerais do protocolo são: a intersetorialidade, o fortalecimento das capacidades locais e controle social e primazia do poder público no atendimento. Já as diretrizes específicas são: a minimização dos danos, a não flexibilização de direitos, a imparcialidade e o respeito à cultura e aos costumes (BRASIL, 2013).

O documento relaciona, também, as ações de prevenção, preparação e resposta por áreas envolvidas, como defesa civil, assistência social, educação, segurança pública e saúde e ações intersetoriais para os três grupos, que são crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência (BRASIL, 2013).

Especificamente no setor da saúde, no quesito de preparação e prevenção, o protocolo reitera ações como a elaboração de planos de prevenção, o mapeamento da população que se encontram na área de risco, orientação à defesa civil sobre as atribuições do SUS nestas situações, de identificação e capacitação de profissionais, bem como, a orientação de estabelecer locais de referência para atendimentos, entre outros (BRASIL, 2013).

No quesito Resposta na Saúde, o protocolo coloca ações como mapeamento das necessidades da população prioritária após ocorrência do desastre, oferta de atenção psicossocial especializada, apoio mútuo para o enfrentamento da situação, dentre outros (BRASIL, 2013). Este protocolo é um documento importante que traz algumas condições que as equipes de trabalho precisam desenvolver em uma situação de risco e desastre natural, no entanto, ele pouco aprofunda sobre a função da atuação psicossocial de uma equipe em saúde mental.

Ainda nacionalmente, temos o Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011b). Trata-se de um documento que objetiva orientar os serviços sobre a atuação dos profissionais em uma situação de desastre. Em seu subtítulo, 2.6 (p. 55) – Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Desastres – são descritas algumas estratégias para uma situação de desastre. São elas (BRASIL, 2011b, p.56-7):

Diagnóstico situacional prévio: é recomendável que a gestão local do SUS tenha um mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial disponível, bem como um conhecimento sobre as condições de saúde mental da comunidade que considere questões como, por exemplo, a prevalência de transtornos mentais e a identificação dos riscos (ameaça x vulnerabilidade). Esse diagnóstico é fundamental para o planejamento das ações;

Avaliação de danos pós-desastre com identificação de necessidades: implica em diagnóstico comunitário amplo e abrangente, que leve em consideração o contexto sociocultural, questões de gênero, faixa etária, identificação de lideranças e identificação das necessidades imediatas (ver Parte III). Considera-se que alguns grupos populacionais, tais como crianças e adolescentes, mulheres, idosos, pessoas com transtornos mentais prévios, portadores de deficiência e profissionais em atuação são mais vulneráveis e possuem maior risco de sofrerem danos psicossociais. Portanto, a atenção a esses grupos deve ser priorizada. O primeiro cuidado de proteção à saúde mental é responder às necessidades físicas básicas, tais

como alimentação, água, abrigo, segurança e acesso a cuidados básicos de saúde.

Estabelecimento de estrutura de coordenação das ações de saúde: as secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer mecanismos e fluxos para que haja uma coordenação única com conseqüente integração das ações desenvolvidas pelos diversos atores do setor saúde, evitando, assim, a fragmentação ou a duplicidade das ações;

Capacitação prévia dos profissionais: preparo dos profissionais de saúde do SUS, priorizando as equipes de atenção primária, de atendimento às urgências e emergências e profissionais dos CAPS para identificação, acolhimento e manejo dos efeitos psicossociais dos desastres na comunidade. Essa capacitação é uma estratégia fundamental, pois devemos considerar que o primeiro contato com os atingidos será realizado por profissionais da atenção primária, equipes de resgate (bombeiros e defesa civil) e de atendimento às urgências (SAMU);

Efeitos psicossociais: é importante ressaltar que o sofrimento psíquico é inerente à própria condição humana, não implicando, necessariamente, em um diagnóstico de transtorno mental. As rupturas provocadas por uma situação de desastre podem provocar reações agudas ao estresse, angústia, ansiedade, sentimento de insegurança e tristeza. Essas reações são esperadas diante de situações disruptivas. É importante evitar o excesso de vitimização, a patologização de sintomas esperados, assim como a medicalização da “situação”. Como as redes de proteção ficam muito fragilizadas, problemas como o aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas e situações de violência são frequentes;

Organização dos serviços no contexto de emergência: diante de impactos massivos as equipes/serviços não devem priorizar os atendimentos individuais, mas sim estratégias coletivas que visem à reestruturação da comunidade. A constituição de grupos

terapêuticos, grupos de apoio psicossocial e grupos informativos são estratégias que têm se mostrado eficazes para promover a resiliência e o bem-estar da comunidade. Todos os recursos disponíveis devem ser mobilizados, inclusive a atenção hospitalar. Os CAPS, juntamente com a Atenção Básica, não devem esperar que a população procure o atendimento, mas sim organizar equipes móveis de atenção para desenvolvimento de ações nos abrigos e nas residências (visitas domiciliares). Uma boa estratégia é ter os usuários dos serviços mapeados e identificados previamente para que, nessas situações, possa ser realizada uma busca ativa, pois, como dito anteriormente, são populações com maior risco psicossocial.

Desabrigados e desalojados: uma atenção particular deve ser dada a essas pessoas, pois essa condição anormal de vida tem potencialidade para gerar diversos problemas psicossociais. Além disso, considera-se o risco de violação de direitos humanos.

A aplicação de instrumentos/questionários para a identificação dos problemas constitui-se em uma estratégia fundamental para o planejamento de ações de atenção psicossocial mais específicas, de acordo com a prevalência dos problemas identificados. Os grupos de assistência humanitária voluntários devem ser identificados e trabalhar integrados às ações desenvolvidas pelos órgãos públicos.

Comunicação Social: apoiar e promover estratégias de comunicação. O acesso à informação é uma medida simples que contribui de maneira significativa para a redução do estresse gerado na população.

Mesmo sendo um documento que contempla as ações em saúde mental, faltam orientações práticas de como o profissional pode atuar nestas situações.

Como visto, o Brasil dispõe de documentos sobre a atuação de profissionais em casos de desastre, mas são documentos que não aprofundam sobre ações em saúde mental, ou como no último documento citado, que não apresenta ações práticas em saúde mental para os

profissionais da rede. Quando o tema aparece é de uma forma bastante genérica, sem dizer quais seriam os procedimentos ou cuidados que o profissional deve levar em conta no momento da atuação, porém menciona uma rede específica – a RAPS

A RAPS foi criada para ser um dispositivo substitutivo ao Hospital Psiquiátrico, e objetiva a articulação da Rede de Saúde no território, ou seja, de todo o cenário da vida comunitária (BRASIL, 2011a). Tem a finalidade de criar, ampliar e articular pontos para a atenção à saúde de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e para pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Conforme a Portaria n. 3.088/11 (BRASIL, 2011a), a RAPS integra o Sistema Único de Saúde com os seus componentes e pontos de atenção como segue:

- Na Atenção Básica: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

- Consultório na Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura.

- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades.

- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde.

- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.

- Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

- Estratégia de Desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC).

- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários, e Cooperativas Sociais.

A RAPS centraliza os objetivos e finalidades para a atenção às pessoas em sofrimento psíquico e com transtorno decorrente do uso de álcool e outras drogas. No entanto, a política não menciona as ações e serviços que devem ser desenvolvidos pelos profissionais em uma

situação de desastre, justamente quando ela precisará se articular e formar redes que possibilitará uma capacidade maior de resposta.

O efeito do desastre nos sujeitos foi por muito tempo visto unicamente em uma perspectiva vitimadora e patologizante. Com o tempo, observou-se que, com os recursos próprios do sujeito em conjunto com as ações psicossociais e apoio de redes de cuidado, o indivíduo pode apresentar possibilidades de lidar com a situação desastre de uma forma saudável. Para isso, não necessita somente de uma intervenção direta de um psicólogo, mas de uma integridade na oferta de cuidado onde os profissionais de modo geral, podem tomar algumas medidas em saúde mental para que isso se torne possível. Esse movimento também mudou a nomeação do indivíduo que passou de vítima, para afetado pelo desastre, em um movimento de empoderamento do sujeito (SANTA CATARINA, 2008).

2.3 DESASTRE E SAÚDE MENTAL: VISÃO INTERNACIONAL

Visto a importância de uma situação de desastre ser atendida em rede e em uma perspectiva de atenção psicossocial, que se preocupa com as questões da saúde mental dos atingidos, encontram-se publicações internacionais em formato de guias e manuais que objetivam orientar profissionais e gestores na ação de serviços em casos de desastres.

O primeiro material é o guia *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias* (Proteção em saúde mental em desastres e emergências), desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS e Organização Mundial da Saúde – OMS, em 2002. É um guia de planejamento para atuação do profissional em situação de emergência aguda ou crítica em desastre. Destina-se aos gestores de saúde, profissionais e técnicos que atuam nos serviços de saúde mental e, ministérios da saúde, Cruz Vermelha, ONGs e outras instituições de atuação da sociedade no campo psicossocial em desastres e emergências (OPAS/ OMS, 2002).

O *Guía práctica de salud mental en desastres* (Guia Prático de Saúde Mental em Desastres), produzido pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2006, trata-se de um guia para os profissionais de saúde que atuam em situação de emergência ou desastre. Por ser Guia que objetiva a atuação organizada dos profissionais pensando na saúde mental dos atingidos, mais adiante será mencionado com mais profundidade.

Há também o *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (Guia do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias e catástrofes) (IASC, 2007), elaborado pelo Comitê Permanente entre Organismo, orienta o estabelecimento e coordenação de respostas de vários setores para a proteção do bem-estar psicossocial das pessoas que estão enfrentando situações de desastre. O IASC é um comitê pertencente à ONU que tem por objetivo facilitar a adoção de decisões para respostas a países em situação de emergências por desastres naturais.

Este documento contém uma lista para resposta mínima em situação de desastre, o primeiro é a Coordenação, após, Diagnóstico da Situação e avaliação, Proteção dos Direitos Humanos, Recursos Humanos, Organização da comunidade e Apoio Comunitário, Atuação do Serviço de Saúde, de Educação, Segurança alimentar, Planejamento de abrigo e de abastecimento de água e saneamento. Trata-se de um material bastante completo que detalha desde ações simples locais a ações complexas no atendimento em situação de desastre.

Tem-se, igualmente, o *Apoyo psicossocial en emergencia y desastres – Guía para equipos de respuesta* (Apoio psicossocial em emergências e desastres – Guia para equipes de resposta), elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, em 2010. Produzido sob o enfoque psicossocial e comunitário para a atuação de equipes de resposta em emergências e desastres, e principalmente para as equipes de atenção primária e às pessoas, instituições e organizações que participam de ajuda humanitária. É um manual que auxilia o profissional no diagnóstico de uma situação em saúde mental e na avaliação das necessidades psicossociais para a elaboração de planos de ação. Dedicada especial atenção ao cuidado a grupos de crianças, mulheres e idosos (OPAS, 2010a).

Já o *Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres* (Manual para a proteção e cuidados de Saúde Mental em Emergências e Desastres), elaborado pelo Ministério da Saúde do Chile em parceria com a “JICA” Agência de Cooperação Internacional do Japão, é uma ferramenta tanto para a população em geral e para setores de primeira instância em caso de situação de emergência, como saúde pública, bombeiros, policiais, entre outros (CHILE, 2016.) Este manual foi elaborado após um grande terremoto ocorrido no Chile em 2010, ocasião em que o governo do Japão

enviou um grupo de médicos para a integração de ajuda humanitária aos atingidos.

Por fim, retoma-se ao **Guia Prático de Saúde Mental em Desastres (OPAS, 2006)**, que é um material destinado à atuação prática dos profissionais da saúde, ajuda humanitária e também sociedade civil que prestam apoio psicossocial na atuação em situação de desastre.

Conforme a OPAS (2006), o evento traumático pode **impactar psicossocialmente** conforme os seguintes **fatores**:

A natureza do evento – em que está implicada a duração, se foi inesperado ou não, se o sujeito encontra apoio familiar e social, e de como é a estrutura de personalidade e emocional do atingido;

Características da personalidade dos atingidos – crianças, adolescentes e idosos formam um grupo que necessita de mais atenção, além de pessoas que já desenvolveram uma doença mental, pois podem ter mais dificuldade para lidarem com essa situação;

O meio ambiente às circunstâncias – considera-se grupo vulnerável os mais carentes e grupos sociais que já enfrentaram situações adversas anteriormente, esses podem encontrar maiores dificuldades de recuperação.

O que pode ser feito antes da ocorrência do desastre:

Este guia recomenda que se faça um diagnóstico sobre a situação da saúde mental da população antes da ocorrência de um desastre, incluindo mapas de riscos psicossociais. Esta avaliação deve ter os seguintes itens (OPAS, 2006):

A- Descrição da população com ênfase sociocultural (análise quantitativa e qualitativa):

Número demográfico da população;

Composição étnica e estrutura social;

Antecedentes históricos da comunidade; relações entre diferentes grupos;

Como é a comunicação entre grupos e estratos sociais;

Tradições, tabus e rituais comuns; aspectos da espiritualidade e a religião existente;

Estruturas comunitárias para emergências; experiências em catástrofes anteriores;

Situação de serviços educacionais (escolas);

Lideranças formais e informais;

Autoridades Tradicionais;

Os médicos tradicionais;

- B- Aspectos gerais da economia local;
- C- Recursos e programas em saúde mental que existem na localidade;
- D- Breve análise da situação psicossocial existente:
 - Dados de morbidade e mortalidade, relacionados à saúde mental;
 - Conhecimento da população para problemas em saúde mental.

O que pode ser feito após a ocorrência do desastre:

Primeira fase (inicial): orienta que até 72 horas após o acontecimento se deva realizar um conhecimento preliminar do impacto, por meio de observação direta e informações vindas de outros profissionais e meios. As equipes de saúde mental precisam se mobilizar para conseguir informações mais detalhadas e para saber qual o tipo de cuidado deve ser efetuado de forma imediata.

Segunda fase (intermediário): Depois das 72 horas até 30 dias após o ocorrido, o processo deve ser sistemático e detalhado, com registro dos dados e ações realizadas. Devido à grande possibilidade de recuperação espontânea nas primeiras quatro semanas, ter o cuidado de não superestimar os agravos em saúde mental.

Terceira fase (final): Após o período de 30 dias, é imprescindível avaliar as operações já realizadas a fim de propor novas linhas de atuação, conforme análise. É importante, nesta etapa, identificar os problemas e necessidades, além de apresentar uma avaliação da situação de uma forma geral.

Cuidado em saúde mental em todas as fases:

No guia, são descritos como os profissionais podem atuar pensando na saúde psicológica das pessoas atingidas. Estas ações podem ser executadas por todos os profissionais e devem objetivar primeiramente satisfazer as necessidades básicas e de sobrevivência, reduzir a angústia e o estresse, ajudar os atingidos a tomar medidas práticas para resolver problemas urgentes referentes ao desastre, incentivar atividades de ajuda mútua e solidariedade, proporcionar o contato social com familiares, bem como, localizar e verificar o estado dos entes queridos que possam ter passado pela mesma situação de desastre. Para isso, o material chama a atenção para o que o profissional **não deve fazer**, (OPAS, 2006, p. 132):

Não aconselhar;

Não dê exemplos (dê auxílio);

Não enfatizar os aspectos positivos, não falar frases como "Poderia ter sido pior".

Não minimize o fato;

Não é brincadeira, a ironia pode ser ofensiva;

Não dramatizar; se a pessoa chora, quem esta auxiliando não precisa fazer o mesmo;

Não enganar a vítima, nem fingir;

Não incentivar a atitude de culpa;

Não agir defensivamente;

Não criar dependências diretas entre o sujeito e quem o está auxiliando.

Ainda como forma de intervenção psicológica no pós-desastre, a OPAS esclarece que pode ser oferecido atendimento individualizado aos que necessitarem, ou ainda, trabalhos em grupo em saúde mental. O trabalho em grupo neste caso pode contribuir pelo fato de que normalmente estes eventos atingem um número alto de pessoas, trazendo dificuldades para a realização do atendimento individual. Para isso, deve-se levar em conta as características do desastre, o contexto cultural dos atingidos, o modo que os sujeitos estão expressando as emoções e conflitos, entre outros.

Os grupos oferecidos nos serviços de saúde mental podem ser: informativos; de apoio emocional (capacitação de profissionais e demais sujeitos que estão atuando na situação de desastre); de ajuda mútua (para ser realizado o quanto antes com as pessoas atingidas, durante os primeiros dias); terapêuticos (realizados na atenção primária e pode ser de longo prazo). Os facilitadores destes grupos podem ser profissionais de qualquer formação, no entanto, é necessário que tenham uma formação para condução de grupos e, preferivelmente, ser da atenção primária com bom envolvimento na comunidade em geral.

Na lógica da saúde mental do trabalhador, a contribuição do guia é a atenção para a proteção da saúde mental dos trabalhadores das equipes de resposta. O estresse agudo é considerado o risco ocupacional mais grave em situações de emergências, já que afeta a saúde, o desempenho em trabalho, a vida familiar, entre outros. Por este motivo, é responsabilidade dos líderes proteger a saúde mental dos trabalhadores das equipes de resposta, como garantia para cumprir com êxito as tarefas que estão sendo desenvolvidas (OPAS, 2006).

Segundo a OPAS (2006, p. 138), os trabalhadores das equipes de emergência em desastres enfrentam situações de estresse como:

- Trabalhar por horas sem descanso;
- Trabalhar em lugares adversos;
- Lutar contra o tempo para salvar vidas;
- Afazeres desgastantes, como remoção de escombros, por exemplo;
 - Equipe pequena e insuficiente;
 - Longas horas sem alimentação e sono;
 - Serviços públicos atingidos pelo desastre;
 - Pressão interna do público em geral para encontrar desaparecidos, e
 - Informações contraditórias.

Existem alterações importantes que podem acometer os profissionais que estiverem atuando nas equipes de resposta de uma situação de desastre, os sinais a seguir, foram extraídos e traduzidos do *Guía práctica de salud mental en desastres* e se referem a aspectos que precisam de intervenção imediata (OPAS, 2006 p.143):

– Aspectos físicos: dificuldade respiratória, dor no peito, pressão arterial alta, desidratação, tontura, vômito excessivo, arritmia cardíaca (tontura e vômito excessivo).

– Aspectos cognitivos: dificuldade para tomar decisões, estado de vigília, confusão mental generalizada, desorientação em relação ao lugar ou tempo, dificuldade em reconhecer pessoas próximas e da família e alteração de consciência.

– Aspectos emocionais: medo/pânico, perda do controle emocional e emoções inadequadas.

– Aspecto de condutas: violência, explosão de raiva, atos antissociais, extrema hiperatividade e labilidade emocional, como choro sem razão.

Por considerar que estas alterações necessitam de intervenção, recomenda a realização de estratégias como a de criar pares de trabalhadores na equipe, em que cada um deverá observar no colega sinais que precisam de intervenção. As equipes de saúde mental devem avaliar os trabalhadores das equipes de resposta para dar suporte e oferecer atenção especializada aos que necessitarem, além de comunicar aos líderes sobre níveis elevados de estresse e fadiga (OPAS, 2006).

O guia descreve também sobre o desabrigoamento e as recomendações em relação à saúde mental desta população. Nesta lógica,

recomenda-se priorizar as intervenções sociais, para poder dar ênfase na coletividade da comunidade afetada. Fortalecer os recursos comunitários e favorecer as redes de apoio, utilizando ferramentas culturalmente significativa e apropriada naquela região. Enfatizar o trabalho intersetorial e interstitucional conforme a demanda encontrada (OPAS, 2006).

Percebe-se que a OPAS tem investido em publicações que prezam por orientar pessoas a lidarem com situações de desastre, reflexo de uma preocupação decorrente de experiências dolorosas que marcaram as histórias de municípios e pessoas.

O aumento nas pesquisas e publicações da OPAS ocorreram a partir de grandes desastres no México (terremoto) e em Armero na Colômbia (erupção do vulcão Nevado del Ruiz) no ano de 1985, onde se percebeu a grande limitação na abordagem em saúde mental, bem como a pouca visibilidade de sua importância implicada nos atendimentos. Iniciaram-se, assim, os grupos comunitários e de ajuda mútua para o cuidado em situações de desastre. Este foi um marco importante que motivou uma melhor preparação e atenção para essas situações (OPAS 2002).

Em contrapartida, no Brasil se dispõe de poucos materiais sobre o papel da saúde mental em situações de desastre. Encontram-se com mais facilidade orientações para os profissionais sobre ações pontuais como, o cuidado com as doenças parasitárias em situação de enchentes, fornecimento de água potável, restabelecimento de energia elétrica, entre outros. Entende-se que são cuidados necessários e urgentes, mas que não se pode deixar de abordar a saúde como um todo.

Trata-se de materiais que não adentram com profundidade as questões da prática para a atenção psicossocial em situação de desastre, com isso não contribuem para a formação de um cuidado integral, incluindo prevenção e redução de possíveis danos à saúde mental dos atingidos.

2.4. DESASTRES E SOFRIMENTO PSÍQUICO DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

Sabe-se que a saúde mental é um fenômeno de caráter biológico, psicológico e social, assim, a interação entre estes fatores são determinantes na prevenção, promoção e para a sua manutenção. Em situações de desastre, nos quais pode acontecer à ruptura dos fatores

psicossociais, é exigido dos profissionais envolvidos um conhecimento aprofundado em saúde mental.

Os desastres são acontecimentos desorganizadores e com grande potencial de adoecimento físico e psicológico, onde ficam suscetíveis as pessoas atingidas direta ou indiretamente, profissionais envolvidos e até mesmo as pessoas que acompanham ocorrência pelos meios de comunicação (THOMÉ, 2009).

Neste sub capítulo, aborda-se o tema do sofrimento psíquico em desastres, trazendo o conceito de resiliência, crise, trauma, síndrome disruptiva e as considerações da OPAS sobre a temática.

Resiliência

Foi por volta dos anos 70 e 80 que americanos e ingleses iniciaram pesquisas sobre o fenômeno em que pessoas mesmo sendo expostas a adversidades severas permaneciam saudáveis (YUNES MAM, 2001). Inicialmente esse fenômeno foi chamado de invulnerabilidade e mais tarde substituído por resiliência (BRANDÃO; MAHFOUD; MAHFOUD, 2011).

O conceito foi originado da Física e atualmente é definida por esta disciplina como o limite de elasticidade de um material. A física e a engenharia usam a resiliência para calcular o quanto determinado material pode absorver ao ser submetido a algum impacto, quando se deforma sem romper, e volta à forma original (BRANDÃO; MAHFOUD; MAHFOUD, 2011).

A psicologia usou este conceito para explicar a capacidade das pessoas para se recuperarem e voltar ao que eram antes do abalo. Refere-se à habilidade de adaptar-se sem sofrimento psíquico e sem entrar em crise (BRANDÃO; MAHFOUD; MAHFOUD, 2011).

Este conceito é bastante discutido no contexto do cuidado na atenção psicossocial em situação de desastre, já que alguns indivíduos mostram ter resiliência, mesmo em meio às diversas perdas que uma situação de desastre pode trazer, demonstrando possibilidade de recuperação e crescimento (BRANDÃO; MAHFOUD; MAHFOUD, 2011).

A resiliência não pode ser entendida como algo nato, capaz de proteger as pessoas de todas as adversidades da vida, portanto, não existe alguém resiliente, e sim, que está resiliente. É uma condição que envolve muitas influências do ambiente e do indivíduo e que são chamadas de fatores de proteção. Os fatores de proteção podem ser relações parentais

satisfatórias, disponibilidade de fontes de apoio social, autoimagem positiva, autoestima elevada, crença ou religião, entre outras, que melhoram a resposta de uma pessoa em situação de risco ou perigo. Desta forma, os fatores contrários aos de proteção são chamados de fatores de risco que potencializam a probabilidade de uma não adaptação frente a adversidades (ANGST, 2009).

Um evento estressor, como um desastre, por exemplo, pode apresentar-se de modo diferente para as pessoas. Quando o evento acontece em lugares onde as pessoas não estão familiarizadas, aumenta o risco de causar um comprometimento psicológico maior. Sendo assim, um evento previsível possibilita maior tempo para as pessoas se prepararem para absorver o impacto (SOUZA, 2011).

Falar sobre resiliência em situação de desastre, remonta ao conceito de resiliência comunitária, que corresponde aos recursos e capacidades da comunidade para recuperar-se quando são expostas a situação de desastre. Uma comunidade resiliente gera auto-organização, adaptação e aprendizagem. A comunidade resiliente tem a capacidade de reconhecer os riscos da sua região e de se preparar, estabelecendo planos de mitigação para os riscos (GONÇALVES, 2017).

Em situação de desastre, quando encontram uma proporção maior de fatores de risco comparado aos de proteção, as pessoas podem não demonstrar resiliência e entrar em crise após a exposição a perigo e perdas.

Crise em Desastres

A crise em situação de desastre foi mais amplamente discutida após a ocorrência do incêndio da Boate *Coconut Grove* – Boston, que em 1942 matou 492 pessoas. Os estudos de Lindemann e colegas do Hospital Geral de Massachussets contribuíram com o desenvolvimento de uma teoria de crise, baseando-se nas reações dos sobreviventes (familiares e vítimas) desse incêndio (FIALHO; ZEFERINO, 2015).

Em 1963, Erikson embasado nas teorias da psicologia, aponta como crises normativas da personalidade as fases da vida onde há desafios a serem enfrentados. Ele ainda diferencia crises de desenvolvimento que são reversíveis, das mais persistentes e isoladoras que são as impostas, neuróticas, traumáticas e psicóticas, (ERIKSON, 1972, FIALHO; ZEFERINO, 2015).

Erikson fala ainda das crises acidentais, oriundas de “acidentes da vida”, como doenças, morte, luto, entre outros. Para o autor, a crise é uma

“fonte ontogenética da força e do desajustamento generativos” (ERIKSON, 1972 p. 96).

Quando alguém vivencia uma crise, rompe com o equilíbrio entre si e o seu entorno, o indivíduo passa a fracassar na resolução de suas dificuldades. Resultando como sintoma a desesperança, desorganização, confusão, tristeza e pânico (WAINRIB; BLOCH, 2000).

Na maioria das vezes a crise é desencadeada por um evento externo, onde a proporção irá depender de fatores como a intensidade do evento e dos recursos internos e sociais da pessoa afetada (MORENO, et al., 2004).

A crise pode ser vista também como algo positivo, quando é resolvida de forma satisfatória, permite a visualização da mudança para um patamar melhor do que estava antes do evento, auxiliando o desenvolvimento do sujeito.

Caplan, apresentou a crise em dois vieses, podendo ser por um lado uma oportunidade de crescimento, ou como uma vulnerabilidade para doenças mentais, quando houver deficiência de recursos psíquicos (FIALHO; ZEFERINO, 2015).

Quando é vista de forma positiva, surge três oportunidades na resolução da crise de forma adaptativa: domínio da situação atual; elaboração dos conflitos passados; e novas aprendizagens para o futuro. Estas habilidades servirão também como estratégias para o manejo de eventos que possam acontecer futuramente (AS; WERLANG; PARANHOS, 2008).

As crises podem ser separadas em evolutivas e circunstanciais. As denominadas crises evolutivas, referem-se ao desenvolvimento do indivíduo, onde mudanças fisiológicas e psicológicas podem desencadear uma resposta de crise. Já as crises circunstanciais, são as advindas do ambiente, principalmente em situações incomuns, sem previsibilidade, intensas e de difícil controle (AS; WERLANG; PARANHOS, 2008).

A situação de desastre é um evento que traz uma grande potencialidade para o surgimento da crise, devido a imprevisibilidade, a perda e a ameaça gerada pela situação. Ainda assim, alguns fatores podem levar a pessoa a solucionar o problema de forma positiva, quando desenvolve novas habilidades; ou de forma negativa quando gera danos trazem o sofrimento de curto ou longo prazo.

No entanto, pensar em cuidado na crise não predispõe regras e nem diagnósticos delimitados previamente. Necessita, sim, de um olhar para a pessoa e para o individual. Antes de tudo, perceber a crise como

potencialidade que se deva buscar no contexto de cada um (AYRES, 2004).

Aborda-se neste estudo o conceito de crise com a ótica da atenção psicossocial, que compreende este quadro como um “momento complexo de radicalização do sofrimento ou da singularidade do modo de existência” (LUZIO, 2010, p.90). Sendo a crise desta forma, um momento singular que trará respostas diferentes conforme a complexidade psíquica do sujeito. Pode ser compreendida como tentativa de elaboração de algo que falta, e de que ainda não encontrou recursos para lidar de outra maneira. Quando não é elaborada da forma adequada, pode trazer o trauma como consequência e resposta a esta situação.

Trauma

Para o dicionário de psicanálise (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988), o trauma é definido pela incapacidade que o ser encontra em responder de forma adequada, o que pode trazer danos duradouros na organização psíquica.

O trauma em desastres vem sendo estudado de forma mais sistemática nos últimos dez anos, em que questões psicossociais são levadas em consideração. De modo geral, as primeiras referências ao trauma estão ligadas ao antigo Egito e foram escritas em 1900 a.C., com os primeiros registros das “reações históricas” da época (BENYAKAR; COLLAZO. 2009).

Ao longo da história, registraram-se muitos estudos das reações emocionais após situações estressantes, embora muitos destes sintomas foram na época justificados como obra dos deuses e demônios.

Em 1886, o psicólogo Pierre Janet, ao estudar o trauma, considerou importante o fato de que as memórias do trauma retornavam nos relatos dos pacientes, mas foi Jean-Martin Charcot, do hospital Salpêtrière, que em 1889 demonstrou que eventos traumáticos levavam a sintomas de origem psíquica, denominada de histeria (BENYAKAR; COLLAZO. 2009).

Sigmund Freud deu continuidade aos estudos da sintomatologia e etiologia da histeria, relacionando a traumas sofridos. Freud considerou o trauma como uma ruptura das defesas, advindo de estímulos internos e/ou externos, acarretando uma incapacidade temporária do EU, dando maior importância para a “realidade intrapsíquica” (FREUD, 1978).

Conforme Freud, a mente tem a capacidade de selecionar os estímulos que podem ser recebidos e processados como forma de manter

a energia psíquica adequada para o desenvolvimento do processamento mental normal. A mente articula e relaciona vivências entre si, formando uma complexa cadeia experiencial e vivencial (FREUD, 1978), (BENYAKAR; COLLAZO, 2009).

O trauma por sua vez, rompe o processo de articulação e organização mental, que conforme o autor, “o fenômeno traumático violenta a mente, causando um rompimento na continuidade processual que forma uma vivência normal, escravizando-a aos seus efeitos” (PALADINO, TARALLI, THOMÉ. 2009, p. 112).

A incapacidade de elaboração do que está sendo vivenciado na situação crítica do desastre causa um rompimento na continuidade normal da vida. O trauma pode apresentar como sintoma o rompimento da articulação entre os afetos, fazendo a vida perder o sentido, e o indivíduo se sentir desamparado e com angústia (FREUD, 1978).

Em uma situação traumática, a capacidade seletiva da recepção dos estímulos fica comprometida, transformando o passado em presente e anulando o futuro “a vivência traumática invade o psiquismo com angústia e sofrimento insuportáveis” (PALADINO, TARALLI, THOMÉ. 2009. P. 114).

O trauma pode ser compreendido como um evento destrutivo que causa forte abalo moral ou emocional e desorganização mental. A pessoa fica sem capacidade de reagir de forma adequada, pelo transtorno que causa, e também pelos efeitos duradouros que gera (AS; WERLANG; PARANHOS, 2008).

Os principais sintomas de um evento traumático são: confusão, pânico, excitabilidade, nervosismo, raiva, pesadelos, sentimento de culpa, tristeza profunda, medo, embotamento emocional e desesperança. O trauma é concebido como algo particular, onde a forma que o indivíduo reagirá diz respeito da interação dele com o ambiente e o evento em si (AS; WERLANG; PARANHOS, 2008).

A ruptura do funcionamento mental, descrito pela psicanálise, foi mais tarde especificamente moldada ao contexto do desastre com a denominação de Síndrome Disruptiva.

Síndrome Disruptiva

O quadro denominado síndrome Disruptiva se refere às rupturas sofridas pelas pessoas em uma situação de desastre. Ruptura de uma vida que anteriormente se encontrava aparentemente equilibrada, ruptura dos recursos do ego e ruptura entre o afeto e a representação. Desta forma,

tendo em vista a potencialidade psicopatogênica do evento, o autor chama de “Transtorno de Disrupção” as manifestações psicológicas desenvolvidas a partir da situação de desastre (BENYAKAR; COLLAZO, 2009, BENYAKAR, 2016).

Este quadro tem a angústia em seu centro, diferentemente do Transtorno de Estresse Pós-Traumático – TEPT, que se classifica como um distúrbio de ansiedade. Dentro da teoria psicanalítica a ansiedade está relacionada ao instinto de vida, já que está voltada ao futuro e suas expectativas positivas ou negativas. O instinto de vida faz a pessoa ficar ansiosa frente à possibilidade de perder a vida, “seus efeitos se restringem a desestabilizar a capacidade de representar e significar um afeto, mantendo os recursos defensivos” (PELADINO; TARALLI; THOMÉ, 2009. P. 118). Para o autor, essa classificação é equivocada já que:

O evento impactante demanda do ego um tempo de latência comum a qualquer quadro. Pode-se entender que essa latência evidencia o tempo necessário de que esse ego desestabilizado necessita para organizar-se através de suas defesas [...] os indivíduos que conseguem manter uma representação do afeto poderão, no período dessa evolução, utilizar-se de seus recursos mais amadurecidos e estabilizar essa representação independentemente do tempo que isso requeira.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), segundo o CID 10 (Código Internacional de Doenças), classificado como – F43.1, configura-se como um distúrbio da ansiedade que acontece após a exposição a um evento traumático onde a pessoa começa a revivê-lo por meio de imagens, sonhos, pensamentos, entre outros, além disso, passa a evitar aspectos que o trazem à sua recordação, como ir a determinados lugares, objetos, pessoas, entre outros (OMS, 1993).

A angústia, que é a base do Transtorno Disruptivo, está presa ao passado. Para a psicanálise, o trauma do nascimento físico, a elaboração das vivências (suas perdas e separações) e da angústia de aniquilamento, necessita de um processo de maternagem e apego (PELADINO; TARALLI; THOMÉ, 2009, p.116), ou seja:

Indivíduos que puderam elaborar essas emoções no início de suas vidas, através de uma adequada

relação com uma mãe continente aprendem a desenvolver mecanismos de aviso que têm por objetivo impedir que a emoção de angústia automática novamente invada o psiquismo, destruindo sua capacidade de elaboração.

Desta forma, quando existe essa ausência da aprendizagem da continência, “o trauma anterior funciona como imã para a vivência atual, porque já foram vivenciadas situações paradigmáticas de angústia de morte e trauma psíquico na ruptura do momento do nascimento” (PELADINO; TARALLI; THOMÉ, 2009. P. 121).

Uma situação disruptiva é considerada *traumatogênica* quando a articulação entre afeto e representação se encontra impedida, tendo como consequência o colapso das reações entre social, psíquico, espacial e temporal (BENYAKAR; COLLAZO, 2009, BENYAKAR, 2016).

Conforme o autor, trata-se de uma dinâmica do processamento psíquico, da percepção pessoal sobre determinada situação. O acontecimento, que é real, é internalizado e transformado. A reação psíquica será determinante para ser considerado disruptivo, já que cada pessoa irá internalizar o fato real de uma forma diferente, tornando seus impactos também singulares, mas que podem trazer efeitos psicossociais específicos neste contexto (BENYAKAR, 2009).

Os efeitos psicossociais segundo a OPAS:

Para OPAS (2006), cada fase do pós-desastre pode apresentar reações psicológicas mais específicas, conforme o quadro a baixo retirado do texto e traduzido para o português:

Fase	Reação psicológica
Primeiras 72 horas	Crises emocionais; Entorpecimento psíquico, apático, confuso; Excitação aumentada ou “paralisada” pelo medo; Ansiedade difusa; Medo da realidade; Dificuldade de aceitar ajuda; Instabilidade afetiva, variações extremas; Ocasionalmente, estado de confusão aguda;
Primeiro mês	Aflição e medo, nervosismo; Tristeza;

	Sintomas psicossomáticos variados; Luto; Preocupação exagerada, irritabilidade, agitação motora, perda de sono e apetite; Problemas nas relações interpessoais e no desempenho no trabalho;
2 a 3 meses	Redução da ansiedade; Tristeza que persiste por mais tempo; Tristeza e ansiedade pouco aparente, mas refletidas no aumento da agressividade (doméstica, autoagressão) e aumento no consumo de álcool e psicoativos; Sentimento de desmoralização frente às dificuldades de adaptação ou quando a promessa de ajuda e auxílio demora; Sentimento acentuado de raiva quando houver discriminação, vitimização ou impunidade; Sintomas somáticos persistentes; Ocasionalmente, sintomas de estresse pós-traumático.

Fonte: (OPAS, 2006 – traduzido pela autora).

Após os três meses podem ainda surgir sinais de risco de suicídio, tristeza, ansiedade, agressividade, fadiga crônica, apatia, sintomas gástricos e sintomas de estresse pós-traumático. Em alguns casos, sintomas podem aparecer ainda depois de um ano (OPAS, 2006).

2.5 SITUAÇÕES DE DESASTRES NO BRASIL

O Brasil tem um histórico de grandes desastres naturais e provocados pelo homem, para citar alguns.

Em 1961, Niterói RJ, 503 pessoas morreram em um incêndio no Gran Circo Norte-Americano, a maioria jovens e crianças. A grande parte das vítimas do incêndio foi atendida no Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), onde o cirurgião plástico Ivo Pitanguy se tornou uma figura importante, reunindo um grande número de profissionais cirurgiões para atender o maior número de pessoas possível. Mais tarde em sua autobiografia “Aprendiz do tempo” lançado em 2007, Pitanguy conta que o que vivenciou naquele dia superou os mais terríveis pesadelos, e ainda recordava e ouvia os pedidos de ajuda e gemidos de dor das pessoas atendera. Recém-formados em medicina, que estavam saindo da sua festa de formatura, juntaram-se à equipe do Hospital Universitário e formaram uma equipe de mais de cem profissionais, que

realizaram mais de 400 curativos por dia, onde cada paciente atendido recebia anestesia geral, e, posteriormente, inúmeras cirurgias de enxerto de pele foram também realizadas. Este incêndio é considerado até hoje como o de maior proporção e o que deixou maior número de pessoas feridas no Brasil (O GLOBO, 2016).

Em março de 2004, o furacão Catarina atingiu o litoral do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina com ventos de até 180Km/h. 40 municípios foram atingidos, 14 municípios decretaram estado de calamidade pública, 35.873 casas destruídas, quatro pessoas mortas, ao menos 518 pessoas feridas e em torno de 33 mil pessoas desabrigadas (CEDEP – UFSC, 2015).

Em 2008, no Vale do Itajaí choveu por 45 dias, encharcando o solo e provocando deslizamentos de morros ao mesmo tempo em que municípios sofriam grandes alagamentos. Foram 77 municípios atingidos, mais de dois milhões de pessoas foram afetadas, 135 pessoas morreram e duas pessoas desapareceram; 63 municípios decretaram situação de Emergência e 14 decretaram estado de calamidade pública (SANTA CATARINA, 2012a).

Em 2011, Rio de Janeiro, deslizamento de terra, onde morreram 916 pessoas e em torno de 345 desaparecidos. Os municípios mais atingidos foram Nova Friburgo, Teresópolis, Petrópolis, Sumidouro, São José do Vale do Rio Preto e Bom Jardim. Registrados além dos deslizamentos de terra, soterramento de casas e, posteriormente, muitos casos de leptospirose, afetando mais de 300 mil pessoas. A causa para a ocorrência deste desastre foi uma forte chuva, de 166 mm, mais de 70% do valor histórico para o mês que já fora registrado. Com valor estimado de 4,8 bilhões de reais em perdas e danos na região (CEPED/UFSC, 2011).

Em 2013, Santa Maria-RS, em incêndio na Boate Kiss, morreram 242 pessoas e mais de 600 ficaram feridas. A maior causa de morte e de ferimento das pessoas se deu por conta da inalação de monóxido de carbono e do cianeto. Apesar do município contar com duas bases do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), possuir também grupos de busca e salvamento dos bombeiros, equipes pré-hospitalares particulares e um grupamento de regate da FAB (Força Aérea Brasileira), Santa Maria encontrou dificuldades para atender o grande número de vítimas que superavam a capacidade de atendimento local. No livro “A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss” escrito por profissionais que atuaram nesta tragédia, há os relatos de como se

organizaram para que o maior número de pessoas pudessem ser atendidas rapidamente (MAFACIOLI; LUDTKE; PACHECO, et. al. 2016).

O livro, além de relatar os caso, traz informações sobre os atendimentos após o desastre, como a necessidade de uma reunião de emergência entre alguns profissionais para a definição de estratégias de gerenciamento de crise e definição de quem seriam os coordenadores para que uma força-tarefa fosse montada. Esta ação permitiu que todas as áreas de saúde, áreas afins e voluntários pudessem atuar de maneira ordenada e que, ao mesmo tempo, pudessem se adaptar a cada novo desafio encontrado. Hospitais de municípios da região de Santa Maria receberam pacientes, mas alguns se deparavam com a falta de equipamento e de profissionais qualificados para o atendimento de alta complexidade, desta forma, alguns eram enviados à capital do estado, Porto Alegre, demandando uma logística de transporte aéreo até então nunca realizado. Dias após a ocorrência do desastre, os atendimentos se voltavam para atuações que demandavam suporte de auxílio psicológico aos sobreviventes, familiares e profissionais e envolvidos com o desastre (MAFACIOLI; LUDTKE; PACHECO, et. al. 2016).

No ano de 2015, em Mariana-MG, ocorreu o rompimento da barragem da Samarco, onde 19 pessoas morreram, 600 famílias foram desabrigadas e 1.469 hectares de vegetação ficaram comprometidos por causa dos 34 milhões de m³ de lama com rejeitos, resultantes da produção de minério de ferro pela mineradora Samarco, lançados no meio ambiente (G1, 2015).

Em 2015, Xanxerê-SC, ventos de 100 km/h até 330 km/h formaram um tornado que matou duas pessoas, deixou 120 feridas e mais de 1000 pessoas desabrigadas. Algumas pessoas foram encaminhadas para hospitais de cidades vizinhas, foram enviados 200 soldados do exército para o auxílio da reconstrução dos locais atingidos (ÁVILA, 2015).

Estes foram alguns dos desastres que mais deixaram pessoas feridas ou mortas e/ou que trouxeram maior prejuízo também material para essas localidades. Neste contexto de situações de desastres, podem ser citados o Lions Clube e a Cruz Vermelha como dois movimentos voluntários que atuaram em diversos casos nacionais e também internacionais.

O Lions Clube, que é uma organização internacional de clubes e de serviços do mundo, voltada para ações humanitárias, tem atuado no terremoto no Haiti, no furacão Katrina nos EUA, no tsunami do Japão e

em muitos outros, fornecendo ajuda comunitária, financeira por meio de doações e de serviços de coleta e entrega de suprimento, transporte de pessoas e animais e outros (LIONS CLUB, 2016).

A Cruz Vermelha é uma organização não governamental, que atua internacionalmente e nacionalmente prestando assistência comunitária, atenção psicossocial, qualificação socioprofissional e segurança social humanitária, faz parte da sua missão organizar dentro do plano nacional, ações de socorros em emergências às vítimas de calamidades, seja qual for a causa (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 2016). A Cruz Vermelha Brasileira conta com sedes em 26 estados com uma ou mais unidades em cada um.

Outra instituição humanitária que atua em situações de desastre é a "Médicos sem Fronteira" (MSF), uma organização internacional que leva cuidados de saúde a sujeitos que estejam passando por graves crises humanitárias (MÉDICO SEM FRONTEIRA, 2016).

Tanto a "Cruz Vermelha" quanto "Médico Sem Fronteiras" têm atuação frequentes e importantes em situações de desastres no país, como no caso citado do incêndio na Boate Kiss, onde a sede da Cruz Vermelha de Santa Maria colaborou com o planejamento e na execução das ações logo nas primeiras horas do ocorrido (MAFACIOLI, LUDTKE, PACHECO, et. al. 2016).

Para o aprofundamento deste estudo, descreve-se o Vale do Itajaí que é uma região onde ocorrem muitos casos de desastres ambientais. Trata-se de uma mesorregião com população média de 1.509.273 habitantes, formada por 54 municípios (CIDADE BRASIL, 2016). O Vale do Itajaí enfrenta em mais de 100 anos grandes enchentes que marcaram a história local. A primeira registrada foi em 1911, e muitas outras aconteceram mais tarde com uma periodicidade quase que anual.

Por se tratar de uma região que por muitos anos enfrenta situações de desastres, este estudo abordará o município de Blumenau para a realização da coleta de dados sobre a atenção psicossocial em situação de desastres, junto aos profissionais da RAPS

3 METODO

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória é uma abordagem que levanta informações sobre um tema a partir de bibliografias e informações por observações, bancos secundário, documentos, entre outros (GIL, 2008). A pesquisa descritiva tem o objetivo de descrever determinado fenômeno de uma realidade em questão, para Gil (2007), busca-se nesta modalidade a descrição das características e desta forma pode proporcionar uma nova ótica sobre algo já conhecido.

A pesquisa qualitativa se preocupa com dados e informações não quantificáveis, e caracteriza-se por ter o objetivo de descrever, compreender e explicar determinado tema (MINAYO, 2007).

Direcionando estas informações, observa-se que se trata de uma pesquisa exploratória por ter necessitado de várias buscas e pesquisas em bases de dados e fontes adicionais, motivadas pela escassa bibliografia publicada.

Foi considerada descritiva por ser uma pesquisa que possui objetivos em descrever situações e fenômenos dentro do contexto das situações de desastre, assim como a finalidade de ser qualitativa para apresentar informações e análises sobre o tema estudado.

Já como método de pesquisa, foi utilizado o de “Bola de Neve” (*snowball*) também conhecida como cadeia de informantes, que faz o uso das relações entre as pessoas, ou seja, utiliza-se de uma amostra por referência como forma de acrescentar membros para a pesquisa (VINUTO, 2014).

O método Bola de Neve é uma amostragem não probalística e requer o conhecimento das pessoas pertencentes ao grupo para o prosseguimento da pesquisa. É útil para estudar grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014).

Para a execução da amostragem o pesquisador deve lançar mão de documentos ou informantes chaves, “semente”, que auxiliam o pesquisador a iniciar seus contatos e formar o grupo a ser pesquisado (VINUTO, 2014). Este grupo pode ainda indicar novas sementes se necessário. Neste caso, a indicação de novas sementes se tornou

dispensável já que para o informante chave os profissionais das principais instituições seriam abordados conforme sua indicação.

Desta maneira, realizou-se a coleta de dados em etapas, conforme a cadeia de referência que aparecia nas entrevistas, onde o primeiro profissional entrevistado indicou demais profissionais e serviços para participarem da pesquisa.

Esta técnica se mostrou eficaz, pois proporcionou acrescentar pessoas e serviços mais específicos, conforme os objetivos do estudo e de uma forma mais direcionada do que acionar pessoas como amostra, sem inicialmente saber qual o envolvimento nas ações em situações de desastre.

3.2 CONHECENDO O CENÁRIO

O Vale do Itajaí está localizado no Norte de Santa Catarina e é formado por 54 municípios, dentre eles Blumenau, município deste estudo, que conta com população estimada em 2015 de 338.876 habitantes e uma área territorial de 518,497km² (IBGE, 2015).

O município tem como principal atividade econômica a indústria têxtil e de tecnologia. Geograficamente, apresenta altitudes e declives desiguais, seu clima é subtropical úmido e é atravessada pelo Rio Itajaí-Açu. Como cultura, se destacam as dos imigrantes europeus, alemães e italianos, que colonizaram a região.

Blumenau mostra um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,806 maior do que a média nacional de 0,792 pontos, conforme IBGE de 2010. O IDH é medido pelas taxas da educação, longevidade e PIB como critérios de pontuação.

Este município foi selecionado para a realização desta pesquisa por apresentar um histórico de frequentes enchentes e inundações, conforme dados da Defesa Civil (CEOPS, 2012) que registrou de outubro de 1952, início das medidas pela Defesa Civil, até setembro de 2011, 77 enchentes no município. É considerado enchente quando o Rio Itajaí sobe 8 metros do seu nível médio.

Na ocorrência de um desastre, o município articula suas secretarias de modo que os serviços atuem em conjunto. Porém, partindo do setor saúde onde está inserida a atenção psicossocial, chega-se até a Defesa Civil e o Corpo de Bombeiros pela indicação do informante chave para esta pesquisa.

No Setor Saúde, Blumenau está organizado em 7 Distritos Sanitários, ou seja, são divisões que distribuem os serviços e apresentam um espaço político/operativo com vistas ao território do nível local.

As 7 regiões de saúde, estão distribuídas desta forma (CNES, 2017):

- Região A: 7 ESF mais 1 Ambulatório Geral;
- Região B: 8 ESF mais 1 Ambulatório Geral;
- Região C: 6 ESF mais 1 Ambulatório Geral;
- Região D: 7 ESF mais 1 Ambulatório Geral;
- Região E: 5 ESF mais 1 Ambulatório Geral;
- Região F: 8 ESF mais 1 Ambulatório Geral;
- Região G: 10 ESF, 1 UAS e mais 1 Ambulatório Geral.

Além destes, a rede de saúde do município conta ainda com os seguintes serviços:

- 1 Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II);
- 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad III);
- 1 Serviço de Avaliação em Saúde Mental (SAS);
- SAMU;
- 2 Hospitais Gerais.

Nos serviços especializados em saúde mental o município conta com um CAPS i, composto por uma equipe multiprofissional com quatro (4) psicólogos, dois (2) psiquiatras, dois (2) fonoaudiólogos, dois (2) assistentes sociais, um (1) terapeuta ocupacional, um (1) educador social, quatro (4) enfermeiros, dois (2) auxiliares de enfermagem, um (1) dentista, um (1) auxiliar de saúde bucal e dois (2) assistentes administrativos, (CNES, 2017).

O CAPS ad (álcool e drogas), está cadastrado como CAPS ad II pelo Ministério da Saúde, mas funciona como CAPS ad III e fica aberto 24h por dia. Conta com uma equipe multidisciplinar, formada por três (3) psicólogos, três (3) médicos psiquiatras, um (1) médico clínico geral, dois (2) assistente social, dois (2) terapeutas ocupacional, onze (11) enfermeiros, onze (11) técnicos de enfermagem, dois (2) auxiliares de enfermagem, um (1) farmacêutico e dois (2) auxiliares administrativos (CNES, 2017).

Já o CAPS II, funciona das 7h às 17h, tem uma equipe com quatro (4) psicólogos, quatro (4) psiquiatras, um (1) médico residente, três (3) terapeutas ocupacional, quatro (4) enfermeiros, quatro (4) técnicos de

enfermagem, um (1) farmacêutico, dois (2) assistentes sociais e três (3) assistentes administrativos (CNES, 2017).

O Serviço de Avaliação em Saúde Mental (SAS), conta com dois (2) médicos clínicos, dois (2) médicos psiquiatras, dois (2) médicos residentes, dois (2) farmacêuticos, dois (2) técnicos de enfermagem, um (1) enfermeiro e um (1) psicólogo (CNES, 2017). Considerado porta de entrada, realiza atendimentos e encaminhamentos conforme a demanda apresentada. Realiza também o Apoio Matricial com os CAPS do município.

O SAMU tem três unidades móveis de suporte básico, administradas pela prefeitura e duas com administração do estado (CNES, 2017). Estão distribuídas nas regiões de saúde para que possam diminuir as distâncias dos deslocamentos. O SAMU conta ainda com caminhonetes 4x4 que são utilizadas para atendimento em ocorrências graves, em locais de difícil acesso (PMB, 2016).

Os Ambulatórios Gerais – AG dispõem de uma equipe com enfermeiros, médico geral, pediatra, ginecologista, psicólogo, nutricionista, assistente social e fonoaudiólogo, três deles ficam abertos das 7h até às 21h, e quatro ficam abertos das 7h até às 24h. Atende demanda espontânea da população e referenciada (CNES, 2017).

O município conta ainda com dois Hospitais Gerais um com 1, e outro com 15 leitos psiquiátricos para o SUS (CNES, 2017), formando assim a rede de saúde disponível no município.

Defesa Civil

A Defesa Civil se subdivide em órgãos nacional, estadual e municipal. O Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC, cuja administração é federal, centraliza a administração das defesas civil, estaduais e municipais.

Este órgão tem como objetivo reduzir os riscos de desastre, atuando em prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação em situação de desastre (BRASIL, 2016b).

A Defesa Civil do município mantém atendimento 24h, conta com uma equipe de 40 funcionários, sendo eles assistente social, engenheiro, geólogo, geógrafo, agente de DC, meteorologista, técnico de meteorologia, arquiteto, biólogo e administrador. Realizam reuniões internas trimestralmente e capacitações anuais.

Trabalha, ainda, com mapeamento de áreas de risco a partir do levantamento do IBGE, no município, em que são identificadas 16

grandes áreas de risco com aproximadamente 1.000 residências e 4.000 pessoas.

O Corpo de Bombeiros (3º Batalhão de Bombeiros Militar)

Desde sua origem, o Corpo de Bombeiros visa garantir o cumprimento da missão constitucional de preservar vidas e bens alheios. Tem como serviços desenvolvidos pela corporação as ações de prevenção e resposta a sinistros, como: Prevenção a Sinistros (Atividades Técnicas); Educação Pública; Atendimento Pré-Hospitalar (APH); Busca e Resgate; Combate a Incêndio; Emergências com Produtos Perigosos, Operações Aéreas e Ajuda Humanitária, que consiste em um trabalho que traz benefícios à comunidade com a prestação de assistência material ou logística para fins humanitários em resposta a situações de crise, **como desastres naturais** (SANTA CATARINA, 2017a).

No município estudo, o 3º Batalhão de Bombeiros Militar conta com três (3) Companhias, (onde se ramifica em pelotões por municípios menores da região), e por fim em a Companhia sede. Existem equipes de socorro diárias que fazem escala de 24h de trabalho por 48h de folga em 365 dias do ano. A seções administrativas atuam de segunda a sexta nos períodos matutino e vespertino.

O Corpo de Bombeiro conta com um efetivo de 78 profissionais. Dentre esses, nove (9) do administrativo, 16 da seção de atividades técnicas (segurança de incêndio e pânico), 53 do efetivo de atendimentos emergencial. Dispõe ainda de:

Equipes emergenciais (viaturas):

- 1º pelotão (centro) 1 caminhão de resgate e combate a incêndio, 1 caminhão tanque, 1 ambulância, 1 caminhonete de resgate;
- 2º pelotão (bairro) 1 caminhão de resgate e combate a incêndio, 1 caminhonete de resgate e combate a incêndio, 1 ambulância;
- 3º pelotão (bairro) 1 caminhão de resgate e combate a incêndio, 1 ambulância;

Além da Defesa Civil e Corpo de bombeiros, outros órgãos também podem atuar junto com a saúde em uma situação de desastre (mitigação e pós desastre), conforme necessidade do evento, entre eles podemos mencionar a Universidade de Blumenau (FURB), que sedia eventos referentes a prevenção de desastre, e a Rede de Ensino Municipal que também fazem parte do Plano de Contingência da Defesa Civil.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes desta pesquisa foram abordados pelo método de pesquisa “Bola de Neve” (*snowball*), onde a primeira entrevista foi realizada com o informante chave, “semente”, e as outras realizadas posteriormente com demais profissionais, conforme indicações da primeira entrevista

Foram entrevistados do setor saúde: dois enfermeiros, dois psicólogos, um assistente social; de outros setores: um profissional da defesa civil e outro do corpo de bombeiros militar.

Todos os participantes foram anteriormente contatados, apresentando-lhes os objetivos da pesquisa e convidados a participarem da mesma em vista das indicações.

3.4 COLETA DE DADOS

A opção pela entrevista semiestruturada se deu por ser aberta, dando a possibilidade para que o tema em questão, fosse explorado de forma flexível e ampliado de maneira que, quando oportuno, poderiam-se elucidar questões ainda não investigadas ou, porventura, não tenham ficado claras (BONI, QUAESMA, 2015).

Para a realização da primeira entrevista, foi anteriormente enviado um *e-mail* para a coordenação de saúde mental, explicando a pesquisa e a necessidade de indicação de uma pessoa da gestão para as informações iniciais. A indicação foi repassada por *e-mail* e, da mesma forma, agendada a entrevista com a pessoa denominada informante chave. Para este, realizou-se uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e na oportunidade, solicitou-se-lhe a indicação de trabalhadores da saúde e de outras instituições envolvidas em situação de desastres para participarem deste estudo.

A partir das indicações, para os trabalhadores dos serviços de saúde foi enviado *e-mail* explicando o estudo e convidando-os a participar do mesmo. Após o aceite, as entrevistas (APÊNDICE B), foram agendadas e realizadas em um segundo momento de ida da pesquisadora ao referido município.

Por fim, houve um terceiro dia de entrevistas (APÊNDICE C), desta vez com profissionais de serviços que atuam em conjunto com a saúde, como o Corpo de Bombeiros e Defesa Civil. Para a realização

dessas entrevistas, primeiramente entrou-se em contato, via e-mail, com o comando do Corpo de Bombeiro e com a Secretaria de Defesa Civil explicando o estudo e solicitando um trabalhador de cada órgão para ser entrevistado. As entrevistas foram agendadas após o aceite dos profissionais que se propuseram a participar.

3.5ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada segundo técnica proposta por Bardin, seguindo três fases sucessivas (BARDIN, 2015).

As fases para a realização da análise de conteúdo são: a pré-análise, – fase para a organização do material que será analisado e a sistematização das ideias iniciais; a segunda fase é a exploração do material, – etapa que consiste em explorar o material realizando, na codificação, classificação e categorização do mesmo; a terceira e última fase é o tratamento dos resultados – com a inferência e interpretação dos dados, trata-se da análise reflexiva e crítica (BARDIN,2015). Sendo descritas abaixo como foram realizadas neste estudo.

Pré análise: (organização do material) inicialmente os áudios advindos das entrevistas foram transcritos, posteriormente realizada uma leitura flutuante para maior interação com os termos e contextos das respostas e, ainda, a realização de uma seleção de indicadores a partir de recortes e tabulação de falas importantes do texto.

Exploração do material: (descrição analítica) realização de leitura exaustiva para observar falas que se repetiam com o mesmo sentido, agrupá-las e classificá-las por categorias.

Tratamento dos dados: (tratamento, inferência e interpretação) verificação da relevância das informações para a análise e reflexão dos dados obtidos que foram examinados à luz da literatura sobre o tema, tendo como ordenadores o Guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do SUS (BRASIL, 2011b) e o *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (Guia prático de saúde mental em situações de desastre) (OPAS, 2006), já expostos na revisão de literatura. Estes dados são apresentados de forma descritiva.

3.6ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento desta pesquisa é orientado pela Resolução n. 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que tem como objetivo proteger a integridade e dignidade do ser humano em pesquisas científicas (BRASIL, 2012d), além de levar em conta e respeitar a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 2004 e outros documentos afins.

Respeita as disposições da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e de legislações brasileiras correlatas, visando garantir os direitos e deveres de quem participa da pesquisa, do estado e da comunidade científica (BRASIL, 2012d).

A Resolução n. 466/12 incorpora referências básicas da bioética, são elas, "autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado" (BRASIL, 2012e).

Foi assegurado aos participantes desta pesquisa, o anonimato e o sigilo de suas informações em todas as etapas do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e do Termo de Autorização para Gravação de Voz (Apêndice E).

Os documentos assinados de autorização dos participantes para o estudo ficarão durante cinco anos guardados em uma pasta fechada, onde somente os pesquisadores terão acesso, localizados na sala do grupo APIS – Laboratório de Tecnologia e Inovação na Educação, Pesquisa e Extensão em Atenção Psicossocial e Drogas – UFSC em Florianópolis/SC.

Esta pesquisa faz parte do macro projeto do APIS, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, com Parecer (ANEXO A) número: 924.432/2014 que está relacionado ao objetivo (f) “identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede as pessoas em situação de crise em saúde mental”.

Para garantir o anonimato dos participantes, cada trabalhador receberá a letra T de trabalhador e o numeral de 1 a 7 para apresentação dos dados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo dizem respeito às perspectivas dos trabalhadores que foram entrevistados. Os mesmos serão apresentados separadamente em forma de unidade para melhor organização dos dados. Os trechos das entrevistas serão listados no início de cada unidade e as análises apresentadas posteriormente de forma descritiva.

A primeira unidade de análise apresentada é o Impacto dos Desastres na Saúde mental das pessoas envolvidas: que trata do impacto na saúde mental da população em geral que enfrentou alguma situação de desastre, na ótica dos trabalhadores entrevistados.

A segunda unidade é o Impacto na Saúde mental dos trabalhadores que atuaram em uma situação de desastre: com relatos das próprias experiências, os trabalhadores contam como uma situação de desastre pode impactar na saúde mental dos profissionais de forma significativa.

A terceira unidade são descrições das Ações já Realizadas em Situação de Desastre: nesta parte abordam-se as ações realizadas pelo município e como os profissionais se organizaram para desenvolvê-las.

Na quarta unidade são as Estratégias para Situações de Desastre: descrevem-se as ações que se tornaram estratégias e como o município e trabalhadores se organizam para desenvolvê-las.

4.1 IMPACTO DOS DESASTRES NA SAÚDE MENTAL DAS PESSOAS ENVOLVIDAS

A ocorrência de um desastre não leva em conta puramente o evento físico, mas todas as condições e graus de vulnerabilidade socioambiental de onde foi atingida. Quanto maior a vulnerabilidade do local, maior a magnitude do evento adverso.

Os efeitos dos desastres afetam a saúde de diversas formas, desde impactos de respostas momentâneas, até agravos que podem ser sentidos depois de meses ou anos, como é caso dos problemas psicossociais (ROCHA; ALPINO, 2016).

A seguir, trechos das entrevistas que revelam como o desastre pode afetar de modo significativo a população na perspectiva dos trabalhadores envolvidos:

Muitas pessoas subiam para não pegar enchente. Mas o que aconteceu em 2008, que foi o grande diferencial dos desastres naturais,

toda essa relação que tinha de pessoas que subiram o morro (pausa)..., acho que foram três meses de chuva sistemática, chegando ao ponto desses morros começarem a desabar... porque a ideia era subir e agora o morro cai né, e aí atinge uma grande quantidade de pessoas diretamente na cidade. Tinha lugares, pontos que eram considerados nobres da cidade que até então estavam imunes, perderam tudo. Então onde era terreno não era mais terreno, onde era casa não era mais casa (T1).

O que se comentava..., essa cidade que era 'sã' agora era atravessada por esse fenômeno que desorganiza toda a cidade, todos são afetados. [...] o que a gente percebe nos serviços de saúde mental é que essa sombra coletiva continua. Existe o dano que foi desencadeado pela catástrofe, situações que já estavam estáveis, de novo tiveram seus desequilíbrios em termos de dependência química no uso de substância e o adoecimento. E também em termos de depressão, síndrome de pânico..., hoje é muito comum os transtornos de ansiedade associados (T2).

Tinham famílias sem problemas de saúde mental, mas a partir da tragédia passaram a ser público alvo da saúde mental. Por quê? Quando as casas caíram, caiu a vida delas! O que elas tinham era o imóvel, e aquele imóvel a gente se apegava, isso é do ser humano eu acho. E, quando ela acordou naquela noite, ela não tem mais aquele imóvel ela entrou em sofrimento, e isso abalou marido, filhos... assim... toda a estrutura que eles tinham construído, naquele dia, naquela noite em 2008 o sonho acabou... tiveram perdas que não foram só materiais, muitos perderam seus filhos e outros familiares soterrados. Além disso, foram para outros bairros que não eram de referência delas, elas sofrem e acabam trazendo para a saúde mental[...] porque antes os avós cuidavam do filho dela, agora não tem mais esse suporte, por que ela mudou de referência ... e isso desestrutura toda a família, muitos se separaram que também abala (T3).

As famílias chegam totalmente fragilizadas, perderam bens, perderam suas casas e alguns casos elas têm que ter esse amparo mental né, aí a secretaria da saúde faz esse trabalho a partir do momento que a gente chama eles(T4).

Então a gente acaba percebendo a comoção inicial nesse primeiro momento, a desolação da população que é atingida diretamente. Mas eu acabei percebendo ao longo dos anos, o que vem depois, que é a agressividade da população, a intolerância, o imediatismo que eles querem... talvez pela situação que eles se encontram... perderam tudo. Então, o que falta muito, e que é de extrema importância, para essa população é o atendimento pós-tragédia para saber como retomar a vida depois do acontecido. Retomar o caminho onde ele parou, o ponto onde ele estava antes da tragédia. Então isso é importante! A gente via muito na unidade a população procurando atendimento, aumentou muito o número da população usando algum tipo de medicamento para dormir, para a ansiedade e para qualquer situação que envolva a psique deles aumentou muito a procura depois de 2008 (T5).

Com as falas dos trabalhadores se podem identificar alguns pontos que merecem a análise. A população estava “acostumada” com enchentes, mas em 2008 os deslizamentos das encostas, juntamente com uma enchente de grandes proporções, afetaram uma quantidade muito grande da população.

A população, de um modo geral, sabia que em lugares baixos da cidade, teria um risco maior de enchente, por isso, pessoas com boas condições financeiras construíram suas casas em lugares nobres e altos para não serem afetados pela enchente, no entanto, o desastre também os atingiu quando ocorreram os deslizamentos de terra. Existia um desconhecimento sobre os riscos das encostas tanto da população quanto da Defesa Civil. Assim, houveram pessoas atingidas de todas as classes sociais e de todas as regiões do município.

Nestas condições que ocorreram a quebra da realidade, o trauma rompe a organização mental e causa uma anulação na continuidade “normal” da vida. A intensidade do que é vivenciado é tanta que impede a elaboração de seus conteúdos, podendo aparecer como sintoma, o rompimento da articulação entre os afetos. Sem recursos internos para lidar com esta situação, tudo parece perder o sentido, tornando algo desamparado e angustiante (FREUD, 1978).

O conceito de trauma foi mais tarde especificamente moldado ao contexto do desastre com a denominação de Síndrome Disruptiva, onde um evento real do desastre se torna disruptivo quando algo se desorganiza, desestrutura-se e se rompe na vida o que até então estava equilibrado (BENYAKAR, 2016).

Como cada um internaliza o fato real de forma singular, os impactos de determinado evento também serão diferentes. Por isso, a reação psíquica será determinante para ser considerado disruptivo (BENYAKAR, 2009).

Ruas e bairros deixaram de existir por causa dos deslizamentos, nestas alocações, relações foram desfeitas, perderam também a referência familiar de quem antes morava próximo. A interrupção do processo natural da vida, um desastre, por exemplo, pode ser interpretado de forma distinta entre as pessoas, alguns têm a percepção de que a ameaça faz parte da própria subjetividade e que não encontrarão esforços para lidar com o ocorrido. Para outros, esta é uma situação que traz sentimentos de solidão, isolamento social, auto e heteroagressão, entre outras, (BENYAKAR, 2009).

Benyakar (2009) chama a atenção para diferenciar o que é fato real e o que é elaborado pelo psiquismo. Essa dinâmica do processamento psíquico, diz respeito à percepção pessoal sobre determinado fenômeno. O acontecimento real é internalizado e transformado conforme a singularidade do indivíduo, desta forma, cada um transformará o fato real de forma diferente.

O conceito de Disruptivo considera importantes as formas diferentes de perceber o mesmo evento, trazendo sofrimento mental para alguns e para outros não. Este conceito lembra o conceito de Resiliência, que significa recuperação e superação. Diz respeito à capacidade do ser humano em se adaptar e não entrar em sofrimento no momento da ocorrência ou pós-crise (BRANDÃO; MAHFOUD; MAHFOUD, 2011).

Ou seja, os dois conceitos dizem respeito à percepção do indivíduo, o Disruptivo quando o processo se dá de forma negativa e trazendo sofrimento, já a Resiliência por um processo positivo e saudável que leva à adaptação.

Segundo Thomé (2009), existe um potencial de adoecimento como desequilíbrio emocional e/ou psíquico na exposição prolongada das populações a acontecimentos desorganizadores naturais. Configurando assim, uma retroalimentação do padrão sintomático, onde a perda e o luto não resolvido trazem um imenso sofrimento psíquico a essas pessoas.

Após a ocorrência do desastre no município estudado, houve um expressivo aumento na procura pelos serviços de saúde, em especial pela saúde mental. Neste sentido, torna-se importante o oferecimento dos primeiros cuidados em saúde mental, não medicalizando sintomas

desnecessariamente. É importante o preparo da equipe de trabalhadores, para que estes tenham o conhecimento prévio de como agir e como identificar os sintomas e agravos advindos de uma situação de desastre (BRASIL, 2011b).

Segundo Basaglia (1981), citado por Amarante (1994), em saúde mental, devemos colocar a doença entre parêntese para poder olhar a singularidade do sujeito e possibilitar seu atendimento integral. Em analogia a esta visão de Basaglia, os profissionais precisam colocar a situação de desastre entre parêntese para observar as singularidades das pessoas atingidas.

Colocar o desastre entre parêntese significa não vitimizar, não enquadrar todos em diagnósticos simplistas e, ao mesmo tempo, não negar que pode haver sofrimento mental, e que cada uma vai necessitar de cuidados singulares.

Ainda, colocar o desastre entre parêntese é também o não olhar a situação como algo em si mesmo, é ter condições de avaliar o contexto e estruturas sociais existentes anteriores ao desastre, dada a importância destas condições para a superação das dificuldades encontradas (ALBUQUERQUE, 2008).

Profissionais entrevistados percebem na clínica que, em alguns casos, os indivíduos estão apresentando no seu dia a dia atual um determinado agravo psíquico, que pode ter sido desencadeado pelo desastre de 2008. Eram situações de indivíduos que já se encontravam estáveis em seus tratamentos, mas o ocorrido gerou desequilíbrios, como sintomas de depressão, síndrome do pânico, sendo comuns os transtornos de ansiedade associados.

O reflexo psicológico dos desastres afeta as pessoas de forma diferenciada, uns dos outros, para isso se leva em conta a estrutura psicológica e a dimensão do evento, no entanto, “a existência de uma patologia psiquiátrica implica em uma condição de risco” (OPAS, 2006, p. 54 traduzido pela autora), ou seja, é um fator de risco que não pode passar por despercebido.

Conforme Caballero (2006), pessoas com antecedentes de um diagnóstico de sofrimento psicológico necessitariam de atenção específica. Já que o estresse da situação de desastre pode-lhes causar recaídas, tanto pela perda de seu sistema de apoio, quanto pela dificuldade de conseguir os medicamentos de seu tratamento que já estava em andamento.

Essas pessoas fazem parte de um grupo de alto risco. Trata-se de uma população com mais fragilidade a qual deve receber atenção prioritária. Este grupo de risco deve ser mapeado e monitorado de forma preventiva antes da situação de desastre ocorrer (BRASIL, 2011b).

Pessoas que já estavam realizando tratamento em saúde mental, com ou sem medicação psiquiátrica, precisam ter esses serviços garantidos após a ocorrência do desastre (ESFERA, 2011). Estas são demonstrações da importância da definição de Planos de Contingência da Secretaria de Saúde para que os trabalhadores saibam o que a população vai demandar neste momento.

Os profissionais precisam tomar alguns cuidados nestes casos, entre eles “ter especial atenção às pessoas que, antes do desastre estavam vivenciando uma situação de luto não superado, com alguma doença mental, doença física crônica, dolorosa ou com algum tipo de invalidez, ou tenham história de dificuldades de adaptação” (OPAS, 2006, p. 55 texto traduzido pela autora). Esta fase também está descrita no Guia brasileiro (BRASIL, 2011), onde orienta que os profissionais devem ter realizado anteriormente ante uma situação de desastre, um diagnóstico situacional prévio com dados em saúde mental do município.

As pessoas que abusam de álcool e outras drogas antes do desastre, também se enquadram em um grupo de risco (OPAS, 2006). Os abusos nestes casos podem ficar ainda mais exacerbados por ser “uma tentativa de adaptação à desorganização da unidade familiar” (LANDAU; SAUL, 2002, p. 6), ou seja, como o município estudado já enfrentou várias situações de desastre, o comportamento do indivíduo com essas substâncias tendem a ficar mais exacerbado após a ocorrência de um evento assim. Tornando-se público vulnerável em saúde mental. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), além do uso de substâncias podem aumentar também as situações de violência no município.

Entende-se que é importante a análise inicial da demanda em cada ocorrência para então delimitar ações. No município em questão, esta análise inicial não acontece em saúde mental, como planos prévios em prevalência de transtornos mentais e a identificação de grupos de risco, ambos auxiliariam e tornariam os atendimentos mais organizado e eficaz.

A busca da população era por reintegração, voltar ao ponto de como estavam antes da tragédia, carecendo assim, um trabalho em saúde mental no sentido de prepará-los para situações de crise que acontecem com recorrência no município. A crise não foi vista pela população e nem

pelos trabalhadores como potencialidade de recomeçar a partir do presente, e sim, com a visão de retornar, de ser igual como antes, algo preocupante e perigoso no cuidado da crise em saúde mental.

Desta maneira, cabe aos profissionais não vitimizarem e nem tratarem esses sintomas como transtorno psíquico, sendo de suma importância neste momento, dar apoio e suporte a estas pessoas, de modo a reduzir os agravos futuros.

Estudos mostram que os mais vulneráveis em uma situação de desastre são as mulheres, crianças, adolescentes e idosos, aumentando as chances de desenvolverem Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) interferindo na saúde mental e nas relações familiares (FERNANDES, BOEHS, 2013).

Analisa-se ainda as situações de desastre que trazem perdas e, com elas, o luto individual e familiar. Para Brown (1995), o luto ocasionado pela perda de um membro da família desenvolve um estresse situacional que afeta a transição normativa da vida. Sobre tudo, perdas inesperadas e repentinas são, conforme a autora citada, as que provocam rupturas maiores no sistema familiar.

Perdas de pessoas jovens e/ou saudáveis que estão na plenitude da vida, e que por isso, acontecem em um momento onde a família está despreparada, surge de forma impactante para os demais membros, já que não tiveram tempo para elaborar um luto antecipatório (BROWN, 1995).

No entanto, lutos não são associados somente a perdas humanas, dizem respeito também, às demais perdas significativas que podem acontecer na vida do indivíduo. Refletindo o luto e as perdas em uma situação de desastre, podemos associar à teoria de Elizabeth Kubler-Ross (1996), desenvolvido em 1926 a fim de descrever os estágios da doença no indivíduo.

Estes estágios são facilmente compreendidos em uma situação de desastre durante o enfrentamento de lutos e perdas individuais e familiares, que desorganizam a vida do sujeito.

Para Kubler-Ross (1996), o primeiro estágio é a negação e o isolamento, onde a pessoa pode se expressar com frases do tipo “isso não está acontecendo comigo”, “não é possível”; a negação não é total e nem permanente.

Em seguida, surge a fase da raiva, momento em que a pessoa começa a entender o que está acontecendo, quase sempre iniciada com a frustração, a pessoa agora se expressa dizendo “não é justo que isso esteja acontecendo comigo, eu não mereço”.

A próxima fase é a depressão, etapa necessária (quando moderada) para conseguir enfrentar as perdas impostas. É um preparo para a última fase, o enfrentamento.

O enfrentamento ou aceitação, última fase, é atingida mais facilmente quando se recebe apoio e ajuda para superar a situação que está vivenciando de forma mais realista.

Estas fases podem durar segundos, e até meses. Não seguem uma frequência, por isso, podem retornar para as fases já vivenciadas de forma alternada. Trata-se de um processo que, quando bem assistido pelos profissionais, proporciona aos indivíduos uma melhor aceitação de suas perdas e lutos, diminuindo o sofrimento individual e familiar de determinada situação que o desastre pode ocasionar.

Em meio à população e aos atendimentos desenvolvidos, estão os profissionais de diversas áreas que também podem ser afetados de inúmeras formas pela tragédia. A seguir analisam-se os trechos das entrevistas correspondentes aos impactos na saúde mental dos trabalhadores.

4.2 IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES QUE ATUARAM EM UMA SITUAÇÃO DE DESASTRE

Em um contexto de fortes impactos na população, são encontrados profissionais de diversos serviços, tendo que trabalhar em situações adversas para tentar garantir o mínimo de bem-estar às pessoas que deles necessitam. Nestas condições, trabalhadores de todos os setores (na época alguns exerciam funções diferentes das que estão alocados atualmente) relataram situações de impacto na saúde mental dos trabalhadores, conforme trechos das entrevistas abaixo:

Foi muito triste... a gente acaba sofrendo junto [...] era conselheira tutelar em 2008. Eu estava de plantão, tínhamos que tirar as crianças com segurança de seus ambientes familiares e, ao mesmo tempo, que pais que não queriam sair de suas casas, temendo que ela fosse saqueada. Eu me coloco no lugar destas pessoas, então a gente tentava negociar com eles... nós levávamos os adolescentes onde os pais indicavam, seja numa igreja evangélica, seja numa escola pública, onde eles sentiam confiantes e confortáveis de ficar, a gente levava... Eu cresci muito como profissional naquela época (3C).

Após o desastre de 2008, tivemos dificuldades na organização dos serviços, tinha psicólogos que também estavam afetados emocionalmente, estavam afetados diretamente pelo desastre. Vários destes profissionais, que eram efetivos, não puderam ir para os lugares onde a gente precisaria (1S).

Acho que a gente acaba deixando para trás a questão de se planejar para possíveis novos desastres... queremos apagar ela logo da nossa mente, então vamos deixando para segundo plano... (5A).

O desastre devastou toda a organização do serviço na área da educação. Na secretaria de educação, (posso falar pela experiência desencadeada lá), muitos trabalhadores foram afetados, servidores, professores, pedagogos... duas escolas tiveram perda total (2C).

Nós percebemos que muitas pessoas acabam tendo alguns traumas, provavelmente pela questão do próprio desastre, né, da perda de bens materiais, perda de pessoas, de entes queridos... até mesmo os socorristas que acabam tendo que se envolver em situações físicas e psicológicas extremas, que envolve pessoas mutiladas, às vezes crianças neste estado... a gente acaba fazendo uma relação com familiares, seja um filho ou uma pessoa de idade. O serviço de saúde mental hoje, ainda é muito carente em nosso serviço, sem contar na questão preventiva para poder lidar melhor com essas situações (6B).

Eu não sei o que é ser vítima da catástrofe, agora, eu sei por conta do forte nível de compaixão, por que eu faço parte deste município que viveu em 2008 uma situação muito grave... neste sentido (7H).

No primeiro resgate do desastre de 2008, a vítima ainda estava com vida, eu a ouvia pedir por socorro. Estávamos trabalhando no resgate para poder tirar ela. Meia hora que atuávamos no resgate, tivemos que sair rapidamente do terreno, porque a situação não estava muito segura para a equipe e nisso já veio outro deslizamento... a casa terminou de deslizar... o resgate ficou mais difícil porque não conseguimos chegar até a pessoa com vida... acabamos tirando só o corpo de um senhor de aproximadamente 30 a 40 anos. Essa foi uma situação muito difícil... a partir do momento que a gente viu o corpo, foi para toda a equipe um choque... só que já estava muito próximo da noite

e chovia muito. Depois todos ficaram muito sensibilizados. Estávamos trabalhando ali por muito tempo, direto, sem descansar praticamente. 2008 foi algo totalmente atípico, a equipe estava bem desgastada... foi bem impactante para nós. Depois disso, precisamos colocar a cabeça no lugar e continuar trabalhando, porque a gente sabia que tinha outras pessoas que estavam necessitando tanto quanto ela. Tivemos um caso dentro do nosso serviço, de um funcionário que ficou abalado psicologicamente depois de 2008, e precisou pedir transferência... ele não conseguia mais realizar os atendimentos e nem entrar no prédio para trabalhar (4D)

Devido à grande quantidade de ocorrências, os profissionais precisaram trabalhar durante horas seguidas, ficando dias sem retornarem aos seus lares, dormindo pouco e comendo mal. Mesmo sofrendo nestas condições de imprevisibilidade, os profissionais relataram ainda ter motivação e vontade de ajudar.

Conforme Oliveira (2016, p. 99), “é preciso estar atento, reconhecer os limites das situações e os limites pessoais, para se proteger e não se transformar em vítima também”, sendo assim, as decisões em grupos em ações coordenadas e organizadas, traz maior segurança e menor será o desgaste profissional.

Profissionais e equipes se sensibilizavam durante os atendimentos difíceis, ainda assim, não podiam desistir de trabalhar já que mais pessoas dependiam de seus serviços naquele momento.

Percebe-se que o setor saúde, além de precisar garantir atendimento à população, deve também se comprometer com o atendimento aos seus profissionais e aos demais trabalhadores envolvidos advindos de outros setores. Além do apoio e assistência, está previsto também a promoção do conhecimento, capacitação e treinamento dos profissionais (OPAS, 2006).

É perceptível nas entrevistas, que existe uma falta de preparo e capacitação para os profissionais atuarem antes, durante e depois de uma situação de desastre, tanto pensando na saúde mental do trabalhador da saúde e dos outros profissionais de setores envolvidos, comprometendo a qualidade do serviço disponibilizado por estes e, ainda, a saúde de forma individual.

Conforme descrito na revisão da literatura, existem algumas alterações que podem acometer os trabalhadores que estiverem atuando em uma situação de desastre. Os aspectos emocionais foram os mais

relatados nas entrevistas, onde alguns trabalhadores foram afetados diretamente na tragédia e outros, de forma indireta e, mais tarde, no desenvolvimento de suas atividades.

Estes sinais necessitam de intervenção imediata do setor que o profissional esteja atuando, ou de outros setores e/ou profissionais envolvidos. São sintomas variados, que precisam ser percebidos por alguém, o que demonstra a importância de ter uma equipe preparada não somente para atender às pessoas atingidas, mas também para manterem a atenção e cuidado entre si (OPAS, 2006).

Observa, assim, a importância de um preparo anterior ao desastre como formação, plano de contingência e simulados, por exemplo, quando um profissional tem uma diretriz para seguir como base, torna suas ações e da equipe mais rápidas e eficazes. Conforme Souza (2013), nestas condições, o profissional é tomado por sentimentos como o medo de fracassar, onde as possíveis decisões que falharem, pode ficar como uma marca na vida do profissional.

A OPAS (2006) apresentou as situações de estresse que podem estar presentes na atuação profissional (conforme descrito na revisão de literatura). Os trabalhadores entrevistados relataram algumas destas condições: trabalhar por horas sem descanso, trabalhar em lugares adversos, lutar contra o tempo para salvar vidas, longas horas sem alimentação e sono, serviços públicos atingidos pelo desastre e pressão interna e do público em geral para encontrar desaparecidos.

São situações estressantes com desgaste físico e mental, que podem ser multiplicadas dependendo da dimensão do ocorrido e de condições psicológicas e sociais do contexto do profissional. Conforme o relato de profissionais envolvidos “são percebíveis no cotidiano, como os traumas vivenciados durante a catástrofe deixaram marcas profundas na vida pessoal e profissional de todos que estiveram presentes naquele momento” (ZANCANELLA, ALMEIDA. 2012. P. 84).

Desta forma, um município com serviços organizados, equipes treinadas e com planos de contingência bem estruturados e articulados, possibilitam aos profissionais uma atuação menos desgastante e com mais eficiência.

Um dos entrevistados coloca que “ainda hoje existe a vontade de esquecer, de apagar da memória o desastre de 2008”, tentando não lembrar para não voltar a sofrer, esta é uma fala que elucida o sofrimento psicológico destes trabalhadores que ainda atualmente se sentem abalados com a ocorrência de desastres passados.

É uma comoção que interfere na vida pessoal e também profissional, já que a discussão de possíveis estratégias pode estar sendo evitada pelo sofrimento que a reminiscência de situações de desastres passados traz a equipe.

Nota-se a importância do cuidado psicológico a este público durante e após a ocorrência do desastre. Em uma das entrevistas tivemos o relato do acontecimento de uma palestra com ênfase em saúde mental do trabalhador em um dos serviços entrevistados. Mesmo sendo de curta duração, foi uma ação importante onde o coordenador percebeu que auxiliou de forma significativa a atuação dos profissionais, conforme trecho da entrevista:

Nós fizemos um trabalho em saúde mental no ano passado, trazendo profissionais para trabalhar essa questão junto com nossos trabalhadores. Foi muito rápido, em um único dia tivemos palestra e trabalhos em grupo... mas podemos ter alguma noção (T4).

O Brasil começou a discutir sobre estratégias e intervenções de saúde mental em situações de desastres por volta de 2006, tornando o desastre no Vale do Itajaí em 2008, um marco importante de reflexão sobre as atuações das equipes de saúde mental e atenção psicossocial (NOAL, 2016).

Um dos apoios focalizados não especializados são os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), conforme o manual do projeto Esfera (SPHERE, 2011), os PCP devem ser considerados mais que respostas clínicas, devem ser tratadas como respostas humanas para confortar outros seres humanos que necessitam de apoio.

Para o documento, cuidados básicos precisam ser tomados, como não forçar que os atingidos falem sobre fatores psicológicos, não fazer interrogatórios, mas se dispor a ouvi-los quando quiserem falar, avaliando suas necessidades e preocupações. Deve-se evitar também a administração de benzodiazepínicos no tratamento de estresse elevado, já que este medicamento pode interferir na recuperação natural das pessoas atingidas (SPHERE, 2011).

Desta forma, é importante que os profissionais de todas as áreas atuem, percebendo que as pessoas afetadas podem reagir de forma diferenciada, sendo que, na ocorrência de um desastre abrupto, é normal o surgimento de sintomas agudos, e que não devem ser enquadrados em

um primeiro momento como traumas, e sim, como casos que demandam um cuidado singular (NOAL, 2016).

A ação descrita acima, diz respeito a uma ação única e deveria ser realizada de forma sistemática e contínua. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) fala da importância da capacitação como uma estratégia fundamental, onde o setor saúde deve realizar este preparo aos profissionais que atuam nos primeiros atendimentos aos atingidos, como defesa civil, bombeiros e SAMU.

Porém, para a execução de uma articulação entres os setores do município, a Rede de Atenção Psicossocial precisa estar articulada e integrada antes mesmo da ocorrência de um desastre. As entrevistas mostraram que os serviços da RAPS estão articulados somente entre os serviços da saúde, sendo o Apoio Matricial a maior ferramenta para que isso ocorra. No entanto, a saúde não se articula com os outros setores municipais, e a capacitação como forma de prevenção não é realizada.

Ainda em meio a estas questões de sofrimento psicológico dos trabalhadores que estão atuando em situação de desastre, surge a mídia que pode ter o papel de auxiliar os trabalhadores ou de aumentar o sofrimento tanto dos profissionais quanto da população em geral. Por um lado traz benefícios como informação, mobilização de pessoas e recursos para ações, mas é negativa à medida que foca em imagens e situações difíceis, aumentando o desespero, medo e comoção da população e mesmo dos profissionais envolvidos nas ações, conforme o trecho da entrevista a seguir:

A mídia tem dois vieses, ela é positiva e ao mesmo tempo negativa. Das questões positivas que a mídia traz é angariar recursos, mobilizar pessoas, realizar a divulgação, ela busca pessoas para apoiar, para ajudar com doações e recursos. Mas traz, por outro lado uma questão negativa que é estar o tempo todo em cima daquela tragédia, então, as pessoas vivem o tempo inteiro aquele problema, as imagens passam o tempo inteiro e isso aumenta a comoção, o desespero e o medo (T1).

Outro estudo sobre o mesmo desastre nesta região relata que no período pós-desastre “a cobertura da mídia sobre o evento e o período pós-desastre transmitiu a ideia de uma situação extrema, traumática e de uma sensação permanente de medo e insegurança por parte dos moradores desta localidade, especialmente na recorrência de chuvas mais intensas” (FERNANDES, 2011 p. 70).

Sendo assim, mesmo quando a mídia deixa de divulgar o desastre, as lembranças noticiadas podem continuar afetando e trazendo sofrimento psíquico aos sujeitos, mesmo aos que estiverem distantes e que não tiveram nenhum tipo de envolvimento com o evento.

Levando em consideração as situações de desastre já acometidas no município, abordaremos agora quais foram às ações desenvolvidas para tal.

4.3 AÇÕES JÁ REALIZADAS EM SITUAÇÕES DE DESASTRES

Conforme o Dicionário Michaelis Online de Português, ação é a “Ato ou efeito de agir; ato, feito” (MICHAELIS, 2017). Desta maneira, para melhor apresentar os resultados desta pesquisa, foram consideradas ações já realizadas, as atividades desenvolvidas pelos serviços da Rede, sendo que o Desastre de 2008 é o evento mais lembrado neste contexto.

Em 2008, aconteceu um dos maiores desastres da história de Blumenau. O município, que já havia vivenciado outras enchentes, enfrentava além de uma enchente de grande proporção, a ocorrência de deslizamentos de terra constantes. Fato relativamente novo para os moradores, e que foi responsável por elevar o número de pessoas atingidas. Conforme um dos entrevistados: *a única coisa que eu consigo descrever de 2008 é que os nossos morros, as nossas encostas pareciam sorvete derretido, eu não tenho outra classificação (5A).*

Com as entrevistas, foi possível identificar três ações que o município desenvolveu na enchente de 2008, situação esta, que surgiu com bastante frequência durante a coleta de dados. As ações foram as seguintes: Criação de grupo para supervisão dos trabalhadores nas ações para desastre; Ajuda Humanitária; e Moradias Provisórias.

A seguir apresentaremos as ações desenvolvidas e como o município se mobilizou para atender ao desastre de 2008.

Criação de grupo para supervisão dos trabalhadores nas ações para desastre

Em meio a este grande desastre ocorrido em 2008, houve um Termo de Cooperação técnica entre o Governo do Estado e os municípios do Vale do Itajaí, onde a Associação Brasileira de Psiquiatria realizou, durante dois anos, Grupos de supervisão com encontros mensais para os profissionais da Rede da Saúde e com a Secretaria Municipal de Educação (SEMED), focando nos desastres e no fenômeno disruptivo,

abrangendo a participação de outros municípios da região, conforme falas abaixo:

Houve um termo de cooperação técnica entre a saúde mental do estado e com os municípios do Vale do Itajaí que foram afetados. O termo de cooperação técnica foi apresentado pela Associação Brasileira de Psiquiatria que faz um trabalho focado nas catástrofes e no fenômeno disruptivo nas situações de catástrofes. Durante dois anos após a catástrofe, tivemos encontros mensais tratando dessa temática. Este trabalho era focado em um grupo operativo de aprendizagem com o tema de saúde mental em situações de desastres e catástrofes. Era um grupo de trabalho operativo e vivencial com aporte teórico nesta temática, se voltando para o serviço para tentar trazer um pouco de ação concreta, trabalhando as ações em saúde mental (T2).

Avaliando após tudo isso, a gente pode considerar que todo o planejamento foi efetivo, que a gente não produziu mais doentes, não favoreceu o crescimento do número de doentes. Acho que todas as ações foram importantes, sim, elas deram conta do que a gente precisava [...] várias ações passaram a existir pela necessidade que se coloca diante dos serviços [...] eu acho que a interlocução entre os profissionais foi um tema que passou a fazer parte, acho que houve o interesse principalmente técnico das coordenações da área que tem esta conscientização (T1).

Gerou um livro com artigos e relatos de vivência que é 2008, um olhar de cuidado sobre o Vale do Itajaí e gerou duas teses de doutorado (T2).

O termo supervisão, segundo o dicionário Online, refere-se à visão superior, ato ou efeito de supervisionar e coordenar.

Para Fernandes et al. (2004), a supervisão “faz parte do processo educativo onde o supervisor terá como tarefa, ajudar o supervisionando a encontrar dentro de si [...] sugere a existência de alguém mais experiente que possa lançar um novo olhar ao trabalho do outro” (FERNANDES, et al. 2004 p.18).

Trata-se então, de uma ação que tem a função de ensinar, mostrar novos caminhos e possibilidades. Semelhante a este, também foi formado um grupo de supervisão para os profissionais que estavam atuando no desastre da Boate KISS em Santa Maria, no Rio Grande do Sul.

No caso do desastre ocorrido no RS, teve um grupo de supervisão ordenado por profissionais da saúde que coordenavam as ações desenvolvidas e outro grupo de supervisão junto à Defensoria Pública para orientação e criação de uma associação dos afetados (Silva, 2015).

Percebe-se que por ter a função de coordenar e passar orientações com base em experiências e estudos aplicados, o grupo de supervisão pode ter sido uma ação de grande valia para os profissionais de modo geral, trazendo maior clareza e objetividade no desenvolvimento de suas ações.

Neste contexto, o termo de cooperação técnica ocorreu com os profissionais da Rede de Saúde e também com os profissionais da educação, já que muitas escolas haviam sido afetadas e muitas outras serviram de abrigo para a população, trazendo novas demandas para estes profissionais, “a partir destes encontros surge a formação de multiplicadores, para intervenção no que tange à conduta para o atendimento da comunidade escolar afetada” (NASCIMENTO, 2012, P. 70).

Conforme as entrevistas, após reunir o maior número possível de profissionais, a orientação passada era de que se tratava de um evento natural, que naquele momento as pessoas precisavam de apoio e não de tratamento, que não poderiam “psicologizá-las” nem “medicá-las” sem necessidade, fazendo o coordenador perceber que o CAPS não seria o lugar de suporte para isso.

A preocupação em não vitimizar ou psicologizar corresponde ao guia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), que leva em conta o sofrimento psíquico e o considera inerente à condição humana, onde alguns sintomas, como angústia, ansiedade e tristeza, são esperados após uma situação de desastre.

Desta forma, foi avaliado por um dos entrevistados do serviço de saúde, que os psicólogos poderiam desenvolver um papel importante nesta condição, para poderem ir até os abrigos e demais locais onde tivesse um maior número de pessoas afetadas. O número de psicólogos da rede ficou reduzido, pois alguns profissionais tinham sido atingidos e não estavam em condição de atuar naquele momento. Foram então, contratados 7 profissionais, totalizando 11 psicólogos que, designados para áreas estratégicas do município, agiriam como articulador e muitas vezes representante em saúde mental de determinadas regiões.

Conforme os dados colhidos, os profissionais tinham dúvidas de como agir. Desta maneira, foi uma ação que levou informação e apoio, e

que mais tarde virou livro e experiência para auxiliar profissionais de outros municípios que também passaram por situações de desastre. Como o caso do Município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, onde uma equipe se dirigiu até o local para auxiliar na organização dos atendimentos, contribuindo com suas experiências naquela situação do incêndio da boate Kiss (KURM, MAFACIOLI, 2016).

Mais tarde, em 2012, alguns profissionais que atuaram neste desastre, foco principal desta pesquisa, e que fizeram parte dos Grupos Operativos, lançaram o livro “2008 – Depois das Chuvas... O olhar de cuidado sobre o Vale do Itajaí”, trazendo artigos com as vivências deste acontecimento.

Atualmente esse grupo está fora de operação, portanto não se tornou uma estratégia de trabalho, mas foi um importante instrumento utilizado naquele contexto, sendo responsável por instrumentalizar e implantar a interlocução entre profissionais.

Um dos entrevistados, profissional da saúde, coloca que a interlocução entre os profissionais passou a existir pelas necessidades encontradas em 2008, e passou a fazer parte dos serviços, estando disponíveis até hoje.

Esta ação foi condizente com o guia brasileiro (BRASIL, 2011), que estabelece que a organização dos serviços devem abordar estratégias coletivas, alcançando a comunidade de forma mais ampliada.

Pode-se analisar essas ações de apoio técnico sob a ótica do Método Paidéia, “que é o trabalho realizado para ampliar a capacidade das pessoas para lidar com informações, interpretá-las, compreender a si mesmas, aos outros e ao contexto” (CAMPOS et al., p. 985). Em uma situação de desastre, os profissionais podem ser atingidos direta ou indiretamente, e para atuarem, precisam primeiramente lidar com o que está acontecendo com elas próprias e com o seu contexto. O apoio técnico, neste caso, contribuiu com a capacidade de tomada de decisões, aumentando as possibilidades de ação dos profissionais envolvidos.

Ajuda Humanitária

Iniciaremos este tópico com os trechos das entrevistas sobre a temática:

A Ajuda Humanitária hoje, no primeiro momento, oferece um trabalho com abordagem individual e com grupos terapêuticos para fazer um trabalho de prevenção de estresse pós-traumático. Na sequência, se faz capacitação aos profissionais da rede pública daquele lugar para que

eles continuem dando atenção na intervenção e na consequência de uma catástrofe (T7).

Tem que organizar esses voluntários..., tem gente que quer ser voluntário por uma hora... mas precisa mais, tem que ter uma doação! Tem que criar um esquema para coordenar isso, de outra forma acaba atrapalhando (T1).

A Ajuda Humanitária instituída de ABRAPAHP - Associação Brasileira de Programas de Ajuda Humanitária em Psicologia, surgiu após o desastre de 2008, quando o Rotary de Butantã de São Paulo a pedido de uma psicóloga, patrocinou a vinda de dezenas de psicólogos e médicos ao município. Hoje, esta associação, que é patrocinada pelos Rotary Clubs, Maçonaria e Lions Clubs, se dirige aos municípios que tenham vivenciado uma situação de desastre e, em um primeiro momento, é lhes oferecido um trabalho com abordagem individual e em grupo terapêutico para atuar na prevenção de estresse pós-traumático aos atingidos pela situação de desastre.

A Ajuda Humanitária surgiu em 1859, em uma guerra entre os exércitos franco-Sardenha e da Áustria, quando a sensibilização de um empresário suíço, Henry Dunant, queria garantir a proteção jurídica dos hospitais militares e de profissionais da saúde. Mais tarde, foram criados também a Cruz Vermelha e Médicos sem Fronteira que desenvolvem ações pelo mundo em situações de guerra e de desastres, sempre levando atendimento em saúde aos atingidos (ABRISKETA e ARMINÕ, 2017). Com o passar do tempo essas ações começaram a ganhar força e espaço na mídia, que contribuiu ainda mais para o seu crescimento.

O grande guarda-chuva da Ajuda Humanitária abriga várias ONGs, como a Cruz Vermelha e Médico sem Fronteiras, que têm como objetivo desenvolver ações em emergências, reabilitação e desenvolvimento, melhorando a qualidade de vida da comunidade afetada pela fome, guerras, epidemias ou desastres, e são mantidas por doações realizadas por pessoas, empresas e governos (ABRISKETA e ARMINÕ, 2017).

Em 1997, um grupo de ONGs e os movimentos humanitários Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, fundaram o Projeto “Esfera”, com o propósito de melhorar a qualidade das ações em situações de desastre. Trata-se de um organismo internacional, que elaborou uma Carta Humanitária e normas mínimas para o planejamento, implantação, aplicação e avaliação de respostas humanitárias, esse material em forma

de manual pode instrumentalizar os profissionais e equipes de todas as áreas na atuação em situação de desastre (SPHERE, 2011).

O projeto mantém a filosofia de que as pessoas afetadas por um desastre ou conflito armado têm direito a viver com dignidade e por isso necessitam de assistência e que se deve fazer o possível para aliviar o sofrimento que essas situações podem causar nas pessoas atingidas (SPHERE, 2011).

A Ajuda Humanitária serviu de inspiração para a criação da ABRAPAHP, que está concentrada nos atendimentos e apoio psicológicos em situações de desastre no Brasil.

No caso da ABRAPAHP, inicialmente há abordagens terapêuticas individuais com o objetivo de prevenir o estresse pós-traumático, meses após a situação de desastre, faz-se capacitação e supervisão aos profissionais da rede pública do município em questão, para que eles continuem dando atenção aos surgimentos de sintomas em resposta ao evento traumático.

Quando ocorreu o desastre de 2008, muitas pessoas quiseram realizar trabalho voluntário, chegaram até o município grupos organizados e outros despreparados, tornando necessária a criação de um esquema para coordenar o voluntariado, revelando uma dificuldade, já que nem todos tinham a pretensão de trabalhar de forma comprometida e atuante.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b p.19), “Os voluntários de saúde devem trabalhar sob a supervisão da gestão de saúde local para evitar duplicidade de atenção à saúde”, conforme as entrevistas, as pessoas e grupos de voluntários foram organizados pela secretaria municipal da saúde, e ficaram à disposição para o ordenamento das ações.

Conforme Noal, Vicente e Weintraub (2016c), ocorrem que muitos profissionais e pesquisadores se deslocam até o local de desastre e desenvolvem ações isoladas, sem compromisso com as ações demandadas pela gestão local, resultando em ações desencontradas que podem levar o agravamento de condições de resposta.

Conforme as falas das entrevistas, o município se beneficiou com o apoio de alguns grupos de voluntários que realmente fizeram a diferença em suas atuações; porém outros que se mostravam pouco interessados ou comprometidos, acabavam atrapalhando a organização dos serviços.

No caso do grupo da ABRAPAHP, os cursos e capacitações se tornaram estratégias da saúde, já que estes trabalhos permanecem sendo ofertados à rede de profissionais do município.

Moradias provisórias

Outra ação desenvolvida em 2008 foi a construção de moradias provisórias. O município chegou a ter aproximadamente 60 abrigos governamentais e mais 60 não governamentais. Houve um grande número de desabrigados, e surgiu a necessidade de construção de moradias provisórias para que locais como escolas e igrejas, por exemplo, pudessem voltar às suas funções, conforme falas abaixo:

Vamos construir galpões. Eu falei: - não vamos construir galpão, como que a gente vai pegar pessoas que estavam em suas casas e vamos enfiar dentro de um galpão? Depois foi considerado como moradias provisórias, pegamos galpões grandes, mas não usando no nome de galpão, e sim, como moradias provisórias (T1).

Em um abrigo você pega as pessoas com seus problemas e as coloca em um único ambiente. Todos os problemas que você pode imaginar, drogadição, tráfico de drogas, abusos, violência... o estava dentro da casinha de cada um começa a ser coletivo. Tem que administrar isso também, os conflitos que começam... tinha um grupo da assistência social que dava um suporte nestes abrigos, alguns lugares eram cuidados por assistentes sociais, outros por educadores (T1).

É considerado desabrigado, quando o sujeito teve sua habitação afetada e necessita de abrigo por algum órgão que esteja gerindo o desastre. Já desalojado, é quando a pessoa não precisa deste auxílio, pois consegue ir para casa de familiares e amigos (BRASIL, 2011).

O Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde faz referência aos desabrigados e desalojados, sendo esta uma condição que pode gerar diversos problemas psicossociais com grande risco de violação dos direitos humanos. Neste sentido, os profissionais devem colocar em prática ações específicas de atenção psicossocial e de acordo com a demanda levantada (BRASIL, 2011b).

Conforme FERES (2014, p. 167), “a necessidade de aplicação dessas estruturas é pujante em contextos em que a reconstrução efetiva pode levar anos”. No caso do município estudado, que teve um número elevado de desabrigados, somado a uma estimativa de meses ou anos para a reconstrução ou construções de moradias efetivas, as moradias

provisórias foram uma alternativa para garantir as condições mínimas do ser humano neste período.

Na época, o município ainda não possuía estrutura e estratégias consistentes para diminuir a vulnerabilidade social em situação de desastre, o que foi demonstrado principalmente pela grande quantidade de desabrigados relatados. Em geral, o Brasil vem enfrentando um número crescente de desastres, e os abrigos, por sua vez, precisam suportar cada vez mais pessoas, revelando a necessidade de planejamento para que a oferta desses serviços aconteça de uma forma ordenada e com qualidade (FERES, 2014).

Em meio a essa a essa situação, os abrigos se tornaram um lugar onde os profissionais encontraram dificuldade em atuar. Em longo prazo, conforme Spink (2014) é tarefa de todos os atores envolvidos conectarem as pessoas aos seus territórios, ainda conforme a autora, é preciso olhar as áreas de risco como um problema de saúde pública, evidenciando a importância de se pensar em prevenção e no pós-desastre de forma sistemática, abordando todas as singularidades que este evento possa ter.

4.4 ESTRATÉGIAS PARA SITUAÇÕES DE DESASTRES

Conforme o Dicionário online Michaelis (2017), estratégia é arte de utilizar planejadamente os recursos de que se dispõe ou de explorar de maneira vantajosa a situação ou as condições favoráveis de que porventura se desfrute, de modo a atingir determinados objetivos.

Desta forma, é preciso se referir às estratégias que estão sendo utilizadas atualmente pelos serviços de saúde e demais órgãos entrevistados. São estratégias que iniciaram no desastre de 2008 ou que foram reforçados pelo mesmo.

Com as entrevistas, identificaram-se quatro estratégias, a saber: Apoio Matricial; Educação Continuada; Grupo de Respostas e Ações Coordenadas (GRAC); e, Sistema de Monitoramento e Alerta.

No contexto do desastre de 2008, os serviços de saúde já utilizavam o Matriciamento como ferramenta de trabalho entre os CAPS, Secretaria de Educação e Assistência Social, mas com a organização que foi construída pós-desastre e a implementação da Portaria n. 3.088 no mesmo ano, tornou a Rede mais articulada e estruturada, também entre os serviços da saúde, de acordo com o relato a seguir:

A partir do final de 2008, 2009 a gente inicia com a portaria do acompanhamento matricial e vem trabalhando até hoje de uma forma bem mais estruturada... a nossa grande ferramenta de interlocução na atenção básica, trabalhando em todos os aspectos da atenção psicossocial é o Apoio Matricial (T1).

Apoio Matricial

O Apoio Matricial via CAPS, iniciou após o desastre de 2008 e pela necessidade de descentralizar as ações fortemente centralizadas nos CAPS e, assim, ampliar a atenção psicossocial na Atenção Básica.

No início, eram duas equipes para matriciamento no município todo, hoje são quatro equipes multiprofissionais dos CAPSi, CAPS II, CAPSad e o SAS. É realizado um cronograma anual que atinge em média 50% das unidades ano, cerca de 33 UBS. A proposta é fomentar o cuidado e atenção psicossocial das ESF e dos Ambulatórios Gerais.

Essa configuração de Matriciamento via CAPS e SAS se mostra distinta da maioria dos municípios brasileiros, onde o Núcleo Saúde da Família (NASF) tem o Apoio Matricial como um de seus objetivos. O NASF, instituído pela Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008, foi criado para apoiar e ampliar a abrangência, territorialização e resolutividade das ESF da Rede (BRASIL, 2010b).

É importante destacar a importância que o Matriciamento tem na política da RAS brasileira, conforme as diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS, disposto na Portaria n. 4.279/2010, já mencionada neste estudo, “é preciso considerar e valorizar [...] o apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário” (BRASIL, 2010b p, 1).

Sendo assim, o matriciamento se configura como uma importante estratégia que é utilizada pelo município e que consegue ser abrangente demandando uma interlocução dos profissionais que auxiliará na integralidade do cuidado em saúde mental. Nas palavras de Campos (2006), o Apoio Matricial valoriza o vínculo e a horizontalização do atendimento, tem o objetivo de “assegurar, de modo dinâmico e interativo, retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência” (CAMPOS, 2006 p, 77).

Assim como o município deste estudo, Santa Maria também teve o Apoio Matricial estruturado após a ocorrência de um desastre. Santa Maria, no Rio Grande do Sul, após o desastre ocorrido com o incêndio da Boate Kiss, teve mais tarde o Apoio Matricial como uma estratégia para

aproximar a Atenção Básica da Saúde Mental, tornando-se hoje a maior ferramenta de interlocução entre os dois serviços (LUDTKE et al., 2016). A situação de desastre nestes casos, desencadeou a necessidade de estruturar os serviços que, antes de 2008, atuavam sem diálogo e conexão.

O Apoio Matricial, categorizado como estratégia em saúde, acaba contemplando somente o atendimento secundário de pessoas que já estão desenvolvendo sintomas advindos da situação de desastre. Evidenciando, assim, a não existência do planejamento para o desenvolvimento de ações em saúde para prevenção e atuação durante a ocorrência do desastre.

Educação Continuada

Além do Apoio Matricial, o setor da saúde apresenta também a Educação Continuada como estratégia trabalho, oferecendo cursos e capacitações para os profissionais atuarem em situações de desastre. A Educação Continuada, neste caso, configura-se como uma estratégia descontínua, com rupturas no tempo e sem constância (BRASIL, 2009b).

Estes cursos não acontecem de forma sistemática, são disponibilizados para todos os profissionais da saúde e dependem do interesse do profissional para a matrícula. A principal iniciativa para a realização destes vem da Secretaria de Saúde por intermédio da equipe de Ajuda Humanitária

Essas capacitações foram categorizadas como uma estratégia em saúde, no entanto, mostram-se não contemplativas, já que não são todos os profissionais que participam e não são sistemáticas por acontecerem esporadicamente.

Reitera-se o que menciona o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b), sobre a responsabilidade do setor saúde em realizar as capacitações de forma preventiva, não só para os serviços de saúde, como também, para outros setores que atuam em situação de desastre, que vai ao encontro aos objetivos dos Marcos de Sendai e Hyogo que prezam por preparo e prevenção em desastre (ONU, 2015a).

É importante destacar que, em se tratando de uma localidade que tem enfrentado inúmeras situações de desastre, a estratégia deveria ser de Educação Permanente, a qual se diferencia da Educação Continuada à medida que é uma estratégia sem fragmentação disciplinar, sua abordagem é mais abrangente e tem como objetivo a prática como fonte de conhecimento, conforme a Portaria n. 198/2004 que institui a Política

Nacional de Educação Permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Compreende-se que profissionais de todas as áreas (setor saúde, bombeiros, defesa civil, SAMU, entre outros), podem e devem atuar, direcionando um cuidado que atenda noções básicas de cuidados psicológicos que venham a prevenir futuros agravos como síndromes e transtornos.

Não se trata de oferecer a todos os atingidos serviços especializados como consultas psiquiátricas ou psicológicas, mas é necessário oferecer cuidados psicossociais a essa população com o objetivo de reduzir o estresse e o surgimento de possíveis transtornos psicológicos, ajudar as pessoas na organização de uma nova rotina e, conforme a demanda, na elaboração de perdas e lutos, entre outros.

A necessidade psicossocial está em acolher, compreender que os afetados precisam elaborar suas vivências dolorosas advindas desses eventos, respeitando suas manifestações de dor, não vitimizando, mas auxiliando no enfrentamento de seu sofrimento conforme sua singularidade e os recursos socioculturais (NOAL, 2016).

Esse acolhimento é compreendido como Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) pelo Projeto Sphere (2011) e o IASC (2007). Trata-se de um apoio que deve ser executado imediatamente após a ocorrência de um desastre, sendo destinado às pessoas que estejam em sofrimento psicológico. Não é considerada uma intervenção clínica e nem de emergência psiquiátrica (OPAS, 2015).

Os primeiros cuidados psicológicos (PCP) não é um atendimento psicológico profissional, trata-se de um método não invasivo que tem o objetivo de confortar e ajudar as pessoas a se sentirem mais calmas, protegendo-as de danos adicionais. É uma forma de escutar para avaliar as necessidades e preocupações, orientar e ajudar as pessoas a buscar informações, serviços e suportes sociais (OPAS, 2015).

Todas as pessoas, desde que recebam treinamento, podem aplicar o método PCP, desta forma, este seria um importante método a ser agregado nas mais diversas funções profissionais que atendem uma situação de desastre, tais como Bombeiros, profissionais da Defesa Civil, profissionais da Atenção Básica em Saúde, entre outros.

A partir das entrevistas analisadas por este estudo, (podemos) percebe-se que existe uma dificuldade dos profissionais em dar atenção e/ou apoio em saúde mental a quem esteja necessitando, durante a

execução de suas atividades em uma situação de desastre, conforme trechos das entrevistas:

Eu diria que não tem uma educação continuada sistemática, mas esse ano está tendo na Escola Técnica um curso de que tem como foco os Desastres Naturais, fortalecendo as ações de conhecimento pra atuação nestes momentos de catástrofe ... Eu diria que não é sistemático, acontecem por interesse do grupo, por curiosidade. Já tivemos alguns seminários, mas não tem um programa de educação continuada... (T1)

A gente tem o preparo próprio da formação, mas, nunca existiu uma capacitação formal, para atendimentos durante e pós-tragédia (T5).

Infelizmente nós não temos hoje uma doutrina ou preparo diretamente para atuar em desastre [...] a corporação acaba não conseguindo contemplar essa questão dos servidores, e para as vítimas ficaria um pouco mais distante ainda (T6).

Neste sentido, o PCP pode ser considerado um apoio psicossocial importante como forma de prevenção de possíveis agravos futuros e de avaliação de casos que precisam ser encaminhados para um serviço especializado em saúde mental.

Grupo de Respostas e Ações Coordenadas (GRAC)

Pensando em organizar as ações no município, a prefeitura, através da Defesa Civil, utiliza o GRAC, uma espécie de “Sala de Crise” mais formulada e específica, para que as secretarias possam discutir e coordenar as ações que os profissionais irão desenvolver, conforme trechos das entrevistas abaixo:

A gente faz reuniões trimestrais, para afinar um pouco os trabalhos que a gente gostaria que fosse executado... a gente acaba praticando, levando isso para a comunidade. A gente faz ao menos uma vez ao ano as capacitações com o grupo interno e grupo externo de voluntários das pessoas envolvidas. Aí a gente mantém o GRAC, que tem várias ações e outros órgãos envolvidos, desde Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Exército, Saúde, Assistência... a gente tenta trabalhar simultaneamente todas as ações. Que cada um consiga em paralelo fazer dentro do seu órgão todas essas ações que demandarem (T4).

Quando tem uma situação de desastre natural, acontece dessa maneira... primeiro, é realizado um monitoramento antecipado com a Defesa Civil e geologia, então, quando há uma situação de desastre, o secretário da Defesa Civil junto com o prefeito aciona os representantes das secretarias que se reúnem na prefeitura para irem deliberando um conjunto de resposta e ações que cada órgão deve realizar. O secretário da Defesa do Cidadão acaba ficando à frente do processo, porém mantendo um comando integrado com essas ações. São realizados treinamentos periódicos desse acionamento com todos os órgãos, inclusive em campo em simulado que a Defesa Civil acaba criando junto com bombeiros SAMU e outros órgão (T7).

A saúde faz parte deste grupo e sempre é acionada em qualquer evento de maior magnitude, principalmente para fazer o atendimento dentro da saúde, eles fazem toda a parte desse atendimento (T4).

A saúde trabalha a partir dos desastres, acaba trabalhando com as ambulâncias do SAMU tanto básico quanto avançado, com a nossa aeronave, para o atendimento de emergências, nos ambulatórios, nos postos de saúde. O Corpo de Bombeiro fica mais nesta parte de busca e resgate, não se envolve tanto na atividade hospitalar, fica para o SAMU esta parte (T6).

Conforme a OPAS (2010), o principal criador da estratégia foi Carlos Matus, que se inspirou nas Sala de Guerra de experiências militares e a adaptou para outras situações. No Brasil, um grande disseminador da técnica foi Dr. Mozart de Abreu e Lima que, na época, era Ministro do Trabalho do Governo Itamar Franco e, mais tarde, integrante da OPAS/OMS do Brasil, e que se comprometeu a implantar a técnica no País. É definido como “um espaço (físico e virtual), onde uma equipe de trabalho analisa as informações para apoiar a gestão em saúde, tendo um papel transcendente nas contingências de saúde” (OPAS, 2010 traduzido pela autora).

O GRAC, ou Sala de Crise, é uma das principais estratégias utilizadas pelo município atualmente. É a primeira a ser acionada em uma situação de desastre. Para Zucco, Darolt (2013), auxiliou também na divulgação das informações à população frente ao que estava acontecendo e nas formas que poderiam receber auxílio dos órgãos públicos.

Lembrando que esse desastre foi o primeiro maior do Brasil na era da internet, o que contribuiu mais tarde para a implantação de sistemas informatizados, ampliando as ações do comitê (ZUCCO, DAROLT, 2013).

Quando uma situação de desastre é deflagrada, um grupo é formado na sede da Defesa Civil, localizado no prédio da prefeitura municipal. Este grupo denominado Grupo de Respostas e Ações Coordenadas (GRAC), um aperfeiçoamento da Sala de Crise implantada em 2002, usada como estratégia em 2008, como descrito anteriormente, hoje se tornou uma importante estratégia do município.

O GRAC é formado por representantes da Defesa Civil, Polícia Militar, Exército, Bombeiros, SAMU, Guarda Municipal de Trânsito, rádio operadores e secretarias municipais como a Atenção Básica, Saúde Mental, Educação e Assistência Social.

Desta forma, na ocorrência de um desastre, o Plano de contingência da Defesa Civil é acionado, e o Grupo de Respostas e Ações Coordenadas (GRAC) é formado com os representantes de seus órgãos e serviços. Cada um desses representantes irá comandar as ações de seus locais de origem conforme a demanda e dimensão da ocorrência. A Defesa Civil do município se mostra bastante estruturada e desempenha um importante papel nestas situações, ela é o serviço responsável para o acionamento das ações.

Assim, quando há a ocorrência de uma situação de desastre, os serviços de salvamento, como Bombeiros e SAMU, são acionados automaticamente em casos em que houver vítimas, já a Defesa Civil é acionada para atendimentos em todos os tipos de desastre naturais. Quando houver necessidade, o prefeito por meio da Defesa Civil aciona o GRAC, onde representantes de secretarias municipais se reúnem para comandar as ações de forma conjunta e coordenada.

Com as entrevistas, percebeu-se que a Secretaria de Saúde tem pouca liderança e autonomia na coordenação de ações próprias. O Ministério da Saúde fala da necessidade de estabelecer uma estrutura de coordenação das ações em saúde, onde secretarias estaduais e municipais de saúde devem estabelecer fluxos e mecanismos integrados entre os diversos atores do setor saúde (BRASIL, 2011b).

Na atenção básica do município estudado, mesmo tendo uma rede com várias UBS, as ações em desastre são pontuais para as situações de emergência e depende do acionamento pelo plano de contingência da Defesa Civil para as ações focadas em um acontecimento de desastre,

mostrando-se não condutora para esta situação e não condizente com o que preza os manuais internacionais como *Plan de Operaciones de Emergencia de La Red de Servicios de Salud* (OPS/OMS 2014) e o *Guía práctica de salud mental en desastres* (OPAS, 2006), que colocam as unidades básicas como serviços centrais nas situações de emergências, sendo que outros serviços da rede precisam apoiá-las e fortalecê-las no desenvolvimento de suas ações.

Como vimos, a Defesa Civil brasileira tem por objetivo a Redução de Desastres por meio de Prevenção, Preparação para Emergências, Resposta e Reconstrução (PNDC, 2007). Esse órgão vem desenvolvendo sua função de uma forma estruturada e articulada, já que é ela que exerce a função de acionar as demais secretarias quando necessário, no entanto, conforme os Marcos de Sendai e Hyogo (ONU, 2015a), todos os setores devem se envolver no ciclo dos desastres de modo trazer respostas mais dinâmicas e contemplativas.

Segundo OPS/OMS (2014), a Atenção Primária é o setor resposta da saúde e por isso precisa estar preparada para desenvolver funções também em condições de emergência. É importante destacar que, conforme o que preza o Guia da OPAS (2006), os primeiros 30 dias são fundamentais para execução em saúde mental dos atingidos, sendo que os grupos de socorro e salvamento e os trabalhadores do nível primário da saúde devem efetuar a primeira avaliação. A avaliação de danos é necessária nestes casos para determinar as intervenções que devem ser desenvolvidas para a população afetada.

Conforme a OPAS (2006), ao menos um profissional da Atenção Primária em saúde, deve fornecer atendimentos iniciais em Saúde Mental, garantindo o cuidado integral aos atingidos também referentes aos sintomas de sofrimento psicológico que possam aparecer.

Revela-se, desta forma, um município muito bem estruturado referente às ações imediatas como a de alertar e prever enchente, abrir abrigos, oferecer informação à população e mapear áreas de risco. São funções básicas e extremamente necessárias à população. O que fica em falta atualmente é o cuidado em saúde mental, como prevenção e nas primeiras ações desenvolvidas, quando ocorre uma situação de desastre.

A Defesa Civil do município, por ter um papel fundamental nas ações em situação de desastre e por ter um plano de contingência que abarca vários setores e secretarias, acabou fazendo com que a secretaria de saúde não criasse seu próprio plano de contingência. A criação de um plano de contingência específico tem por objetivo produzir acolhimento

psicossocial conforme a demanda da sua região (NOAL, 2016). Ele deve ser ainda, articulado com os demais serviços, mas apresentando planos de intervenção próprios para a situação de crise.

Como proposta para implementação de estratégias que visem o preparo para atuar em saúde mental em situações de desastre, um dos trabalhadores entrevistados, mencionou a necessidade da criação de um Núcleo Permanente, como um plano de articulação que de forma sistemática trouxesse orientações frente ao psicotrauma das pessoas atingidas, já que os moradores podem vir a apresentar sintomas psicológicos advindos dessas situações, anos após o acontecimento, conforme relato abaixo:

A gente precisa realmente ter um plano de articulação permanente para intervir, porque não é só o estado de exceção naquele momento da catástrofe, uma cidade que é atravessada por um fenômeno como esse, acaba entrando num fenômeno de exceção até permanente. Mesmo que não vem de imediato, daqui 5, 10, 15, 20 anos os serviços podem estar atendendo pessoas que passam a desencadear o estresse pós-traumático depois deste tempo, então é algo que precisa ocorrer de uma forma bem sistematizada, como uma política de governo permanente. [E isso está acontecendo?] De forma articulada, não ... então a gente pediu a criação de um Núcleo Permanente para estudo e tratar das questões vinculadas ao psicotrauma de situações de catástrofes (T2).

Sistema de Monitoramento e Alerta

A Defesa Civil dispõe à população um sistema de monitoramento e de alerta de eventos extremos, são alertas emitidos a partir de um Aplicativo e pelo *site* da Defesa Civil que tem como objetivo prever, monitorar e alertar em tempo real, a comunidade sobre condições meteorológicas que possam causar transtornos e prejuízos para o município, e, através deste *site* é possível saber a previsão do tempo e o nível do Rio Itajaí-Açú, conforme relato a seguir:

É um aplicativo que envia mensagens para a população quanto a Cotas, barragens, abrigos, chuvas e deslizamentos, nas situações de Prontidão, Vigilância, Atenção, Alerta e Alerta Máximo. Quando é para cotas e entra no sistema de prontidão, são acionados os representantes de cada órgão que se reunirão no grupo para tomar as decisões. A gente vai monitorando se as nossas unidades foram atingidas, se temos

capacidade abrir unidade, tem tudo mapeado, quais são os profissionais que eu posso chamar, endereço, telefone, se ele ficou ilhado... isso tudo a gente tem dentro de um caderno que utiliza quando necessário(T5).

Desta forma, conforme disposto no *site* da Defesa Civil, em relação ao nível do rio, o município pode ficar em Vigilância quando aquele estiver (de 1m a 4m), em Atenção (de 4m a 6m), em Alerta (de 6m a 8m) e em Prontidão (acima de 8m), (SISTEMA DE ALERTA MUNICIPAL, 2017b).

Também é possível ter a previsão sobre a Probabilidade de Deslizamento/Escorregamento de massa para todos os bairros, como Baixa, Média, Alta, Muito Alta, conforme tabela retirada do *site* da Defesa Civil.

Quadro 2: Probabilidade de Escorregamento.

Probabilidade de Escorregamento	
Estado	Descrição
Baixo	Possibilidade de ocorrência de escorregamentos circunstanciais.
Médio	Possibilidade de ocorrência de escorregamento ocasionais.
Alta	Ocorrência de escorregamentos esparsos.
Muito Alta	Ocorrência de escorregamentos generalizados.

Fonte adaptada de Tabela da Defesa Civil. Sistema de Alerta Municipal (2017a).

O sistema de alerta emite avisos pelo aplicativo de celular e o *site* mantém os dados atualizados de hora em hora com números do nível do rio e probabilidade de deslizamento em cada bairro.

O sistema de alerta visto no município estudado, foi criado a partir do Sistema de Alerta do Japão, que desenvolveu um dos melhores Sistemas de Alerta do mundo, com ele é possível prever tremores, terremotos e tsunamis horas ou até minutos antes da ocorrência do evento, aumentando as chances da população se proteger (REDE GLOBO, 2014).

No Brasil, outra localidade que se destaca pelo Sistema de Alerta é o estado do Rio de Janeiro que teve municípios atingidos por uma forte chuva em 2011. No caso do RJ, o aviso se dá por mensagem via SMS aos celulares cadastrados e por sirenes instaladas nas ruas (PUFF, 2014).

Países como Chile, Colômbia e Peru também possuem sistemas de alerta à população, são sistemas mais precários em relação ao do Japão, mas que estão em um processo constante de ampliação e melhoramento (EL PAÍS, 2014).

Desta forma, quando uma situação de desastre é confirmada pelo Sistema de Alerta, o Corpo de Bombeiros é acionado em casos onde tenham vítimas e para desobstrução de vias por exemplo. Atua a partir de um plano de contingência próprio e em conjunto com o plano de contingência da Defesa Civil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se através desta pesquisa responder a questão como é a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre no município de Blumenau na ótica dos trabalhadores envolvidos, compreendendo como os impactos psíquicos dos desastres afetam a população atingida e os vários trabalhadores que atuam nesta situação, as ações já realizadas e as estratégias adotadas pelo município.

Investigou-se sobre qual era o impacto na saúde mental das pessoas envolvidas em situações de desastres. Com isso, percebeu-se que as pessoas foram atingidas direta ou indiretamente por essas situações no município estudado.

Os trabalhadores entrevistados relataram como a população passou, e alguns ainda passam, por um processo de interrupção da vida devido a situações de desastre. A exposição a estas situações se tornou um potencial de adoecimento mental a muitas pessoas atingidas.

Com os relatos, foi analisado que os trabalhadores perceberam um aumento expressivo na procura da população, especialmente por serviços de saúde mental, alguns com agravos de tratamentos já realizados, e outros com sintomas novos. Os trabalhadores disseram saber a importância de realizar cuidados em saúde mental em suas práticas profissionais, durante e após a ocorrência do desastre, mais sem preparo, acabam não os executando.

Sabe-se que existem casos que devem ser encaminhados aos serviços especializados, entretanto, pensar em prevenção e em cuidados no momento da crise, como o Primeiro Cuidado Psicológico que todos os profissionais podem fazer, possibilita um atendimento mais adequado e respostas mais rápidas.

A falta de qualificação para o atendimento em saúde mental em desastre pode ser observada quando o próprio profissional não analisa as potencialidades do pós-desastre, buscado a reintegração da população. Neste sentido, a qualificação prepara o trabalhador a lidar com a crise, para que este possa educar a população a recomeçar a partir de onde se encontra, e não a retomar ao ponto de onde estavam, antes da ocorrência do desastre.

Ainda nos impactos, notou-se nos trabalhadores o agravante de ter de enfrentar situações adversas na atuação profissional, além da possibilidade de serem atingidos diretamente pelo desastre. Em alguns casos, as lembranças de desastres passados são tão dolorosas que pensar

na probabilidade de novas situações traz sofrimento, impedindo-os de pensar e planejar formas de prevenção em seu serviço, denunciando a falta de atenção ao cuidado em saúde mental do trabalhador.

Cuidar do trabalhador se torna tão importante quanto oferecer o cuidado à população. Cuidar preventivamente, durante e após a situação de desastre, garante, além do preparo para a atuação, a prevenção em saúde mental e saúde física do trabalhador.

Após conhecidas as ações de atenção psicossocial desenvolvidas no município para as pessoas envolvidas em situação de desastre, foram descritas as ações pensadas e realizadas durante as situações de emergência ocorridas em desastres passados.

O Grupo de Supervisão dos trabalhadores realizou uma ação exitosa que orientou e organizou os serviços e trabalhadores que estavam sem saber como atuar frente à tanta destruição e pessoas atingidas.

A segunda ação analisada, a da Ajuda Humanitária, que auxiliou levando trabalhadores voluntários para a atuação em saúde mental, também foi uma ação importante já que muitos trabalhadores desta área não puderam atuar porque haviam sido atingidos diretamente pelo desastre.

A terceira ação estudada foi a de Moradias Provisórias, que teve uma demanda extremamente grande durante o desastre ocorrido em 2008. Esta ação, segundo as entrevistas, foi a que mais trouxe complicações para os trabalhadores, indicando mais uma vez a importância de planejamento e qualificação para todos os profissionais.

Algumas ações se fortaleceram e tornaram-se estratégias, e hoje estão sendo desempenhadas no município.

Assim, as estratégias de atenção psicossocial para as pessoas envolvidas em situação de desastre foram identificadas. A Defesa Civil vem se estruturando após os desastres e atualmente comanda duas importantes estratégias no município, o Grupo de Respostas e Ações Coordenadas e o Sistema de Monitoramento e Alerta. Pode-se perceber que se tratam de atuações importantes e fundamentais em uma situação de desastre. São estratégias que se remetem à saúde mental das pessoas, já que visam como objetivo o cuidado da população, porém, de forma específica, a saúde mental não é trabalhada, tanto para o cuidado dos profissionais, quanto para os atendimentos desenvolvidos para a população.

A estratégia de Matriciamento tem um papel importante no funcionamento dos serviços de saúde mental, no entanto está direcionada

somente aos atendimentos pós-desastre, quando as pessoas procuram atendimento clínico.

A outra estratégia utilizada no município é a Educação Continuada para os profissionais de saúde. Como se viu, a preparação do trabalhador é uma importante ferramenta na atuação em situação de desastre, no entanto, ela não acontece de forma sistemática e não é ofertada para todos os trabalhadores que atuam em situação de desastre. Percebeu-se também, que o setor saúde só atua durante o desastre conforme a demanda e sob solicitação de outros órgãos, ou seja, demonstra ter uma abrangência inferior ao que preza documentos nacionais e internacionais analisados.

Constatou-se que o município estudado vem se organizando nos últimos anos para atender situações de desastre, principalmente de forma estrutural, onde serviços são prestados para prevenir agravos e para proporcionar o restabelecimento das pessoas atingidas. Porém, a saúde, e mais especificamente a saúde mental, ainda é carente de estratégias que visem à prevenção e à atuação durante a crise nas situações de desastre, tanto para a população, quanto para os trabalhadores que estiverem nesta atuação.

Foram encontradas algumas limitações na realização deste estudo, como poucas publicações brasileiras sobre a atenção psicossocial em situação de desastre, e das publicações disponíveis, a maioria é destinada especificamente aos profissionais psicólogos, não cabendo a atuação de outros profissionais.

Uma das dificuldades durante a busca bibliográfica foi encontrar materiais que pudessem ser usados por todos os profissionais que atendem essa demanda, e ainda, encontrar documentos que servissem como base para a organização dos serviços em uma situação de desastre.

De forma mais específica, o Guia brasileiro de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações Para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde, ainda que muito raso no tópico em saúde mental, serviu como apoio para a realização da pesquisa e análise dos dados no município estudado.

Os materiais que serviram como bases bibliográficas desta pesquisa foram produzidas pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, a partir de grandes desastres ocorridos em países latino americano como, Colômbia, Chile, Haiti, Peru, entre outros.

Tratam-se de guias e manuais escritos em língua espanhola que orientam o exercício profissional na esfera do desastre, incluindo a

atenção em saúde mental para as pessoas atingidas e para os profissionais que estiverem em exercício nestes contextos.

A dificuldade de encontrar materiais brasileiros com o tema de desastre e saúde mental denuncia a urgência de novos estudos e publicações, que possam servir como um apoio aos profissionais que venham a atuar em uma situação de desastre.

Ainda como limitação, aponta-se o número pequeno de trabalhadores entrevistados, sendo que a análise poderia ser detalhada com mais profundidade com um número maior de entrevistas e destinadas também a parcelas diferentes, como a população e outros serviços não investigados.

Porém, esse trabalho trouxe avanços para a ciência e mais especificamente para a área da saúde mental, ao destacar como as situações de desastre podem trazer impactos psicológicos importantes nas pessoas atingidas e nos trabalhadores que desempenham ações nestas condições, e de que a prevenção ainda é a melhor maneira de evitar danos futuros a estes públicos. E que, para isso, todos os profissionais podem ter ações de saúde mental básicas em conjunto com sua execução profissional.

Para os trabalhadores envolvidos em situação de desastre traz a oportunidade de refletir e aprofundar conhecimentos sobre possibilidades de prevenção e para a atuação no durante e pós-desastre, além de conhecer alternativas de manter o cuidado entre os trabalhadores cuidando de si e de sua equipe.

A população de um modo geral ganha com este estudo, pois a aplicação teórica na prática resulta em ações preventivas e de atendimentos mais qualificados futuramente.

Sabendo da importância do cuidado em saúde mental às pessoas atingidas por desastre, não somente se percebeu como também se alerta que tanto o município estudado, quanto o Brasil como um todo, deve pensar e planejar mais suas ações em saúde mental no contexto de todos os tipos de desastre.

A saúde mental nestas condições é vista no Brasil como algo simplista, às vezes não importante, ou ainda, um tanto quanto distante de se executar. Acredita-se, porém, que a sensação de distanciamento ocorra pela insegurança do despreparo dos profissionais.

É importante tratar o desastre como algo suscetível de ocorrer em suas diversas formas, em todas as regiões do país, conforme as características próprias de cada localidade.

Desta forma, é necessária ainda a realização de novas pesquisas que possibilitem o avanço do conhecimento na área, além de estudos que entrevistem também a população e outros serviços não investigados neste estudo.

São imprescindíveis ações preventivas e de preparo profissional para cuidar de quem foi atingido e dos próprios trabalhadores envolvidos, garantindo a atenção em saúde mental de todos.

O Brasil carece de diretrizes que orientem serviços e trabalhadores para a prevenção e atuação em saúde mental em desastres. Não se pode deixar acontecer desastres para só então se falar sobre o tema, precisa-se estar preparado para realizar uma atenção psicossocial preventiva, atuante e com qualidade, garantindo o cuidado em saúde mental.

Para finalizar, retoma-se à questão chave deste estudo, de como é a atenção psicossocial para as pessoas em situação de desastre no município de Blumenau na ótica dos trabalhadores envolvidos? Analisou-se, então, a existência de importantes estratégias no município, onde a atenção psicossocial não é pensada diretamente, mas são formas encontradas para levar a ajuda em saúde mental para população. Tratam-se de estratégias de prevenção como a de monitoramento e alerta e a de ação no desastre como o GRAC, que demonstram a preocupação de prevenir danos e organizar e acionar os serviços para a atuação. A saúde mental em situação de desastre precisa ir além, deve estar mais atuante na prevenção, durante e pós-desastre, para trabalhadores e população, garantindo o cuidado integral a todas as pessoas envolvidas.

REFERÊNCIAS

ABRISKETA, Joana; ARMIÑO, Karlos Pérez de. **Acción humanitaria: concepto y evolución.** Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. 2017. Disponível em: <<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/1>>. Acesso em: 28 Junho 2017.

AKERMAN, M. J; Drumond, Y. M. Carvalho. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz.

ALBUQUERQUE, FJB. **A psicologia social dos desastres: existe um lugar para ela no Brasil?** In ZANELLA, AV. et al., org. *Psicologia e práticas sociais* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. pp. 221-228. ISBN: 978-85-99662-87-8. Available from SciELO Books. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/886qz/pdf/zanella-9788599662878-21.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2017.

AMARANTE, Paulo. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia.** História, Ciências - Saúde. Manguinhos. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v1n1/a06v01n1.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

ANGST, Rosana. *Psicologia e resiliência: Uma revisão de literatura.* *Psicol. Argum.* 2009 jul./set., 27(58), 253-260. Disponível em: <file:///C:/Users/asus/Downloads/pa-3252.pdf>. Acesso em: 23 out de 2017.

ÁVILA, Mariana. **Inmet confirma tornado em Xanxerê no Oeste catarinense.** Disponível em: <<http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/noticia/2015/04/inmet-confirma-tornado-em-xanxere-no-oeste-catarinense.html>>. Acesso em: 07 set 2016.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde.* *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 8, p.73-92, set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>>. Acesso em: 20 set 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução L. de A. Rego, A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70. 2015.

BENEVIDES, Lúcia Rios da Silva. **A atenção psicossocial e as intervenções geradas em contextos de desastre: a experiência de profissionais em Teresópolis**. / Lúcia Rios da Silva Benevides. 2015.

Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13792/1/23.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

BENYAKAR (Moty), MORDECHAI; COLLAZO, Carlos. **Salud mental em desastres: Problemáticas, paradojas y perspectivas clínicas**. In BENYAKAR, Moty; THOMÉ, José T. TARALLI, Ively H. *Intervenção em situações limite desestabilizadoras: crises e traumas*. Rio de Janeiro: ABP Ed. 2009.

BENYAKAR, Moty: **Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas** / Moty Benyakar ; Compilado por Eduardo Ramos ; Alejandra Taborda ; Celeste Madeira. - 1a ed. - San Luis : Nueva Editorial Universitaria - U.N.S.L., 2016.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC** Vol. 2 n. 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.

BRANDAO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLINASCIMENTO, Ingrid Faria. **A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens**. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-

271, Aug. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Maio 2017.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Lei n. 12.608, de 10 de abril de 2012a**. Instituto a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm>. Acesso em: 25 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres Naturais**. 2012b. Disponível em:

<http://www.planejamento.gov.br/apresentacoes/apresentacoes-2012/120808_plano_nac_risco_2.pdf>. Acesso em 22 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466 de dezembro de 2012c**.

Regulamenta pesquisa em seres humanos no Brasil. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 15 jun 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde.

Instrução Normativa n.º 01 de 07 de Março De 2005b. Regulamenta a Portaria n. 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0001_07_03_2005_rep.html>. Acesso em: 16 maio 2016.

_____ Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro 2012d**.

Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 16 de maio de 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Portaria/GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011a**.

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 25 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.
Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012e. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> . Acesso em: 25 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
Guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do sistema único de saúde.
2011b. Disponível em:
<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/zoo/pdf/lepto11_guia_sms_desastres.pdf> Acesso em: 27 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Decreto n.7.616, de 17 de novembro de 2011c.** Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm>. Acesso em 25 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Portaria n. 2.952, de 14 de dezembro de 2011d.** Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto n. 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html>. Acesso em: 25 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Portaria n. 30, de 07 de julho de 2005a.** Institui o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, define suas atribuições, composição e coordenação. Disponível em :
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0030_07_07_2005.html>. Acesso em: 25 maio 2016.

_____ Ministério de Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Política Nacional de Defesa Civil.** Brasília.

2007a. Disponível em:

<http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=6aa2e891-98f6-48a6-8f47-147552c57f94&groupId=10157>. Acesso em: 25 abr 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Programa nacional de vigilância em saúde ambiental dos riscos decorrentes dos desastres naturais – vigidesastres. Secretaria de Vigilância em Saúde [Internet]. Brasília. 2007b. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_vigidesastres.pdf>. Acesso em: 26 jun 2016.

_____ Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria de Direitos

Humanos. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009a.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20072010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 25 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde.

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 26 jun 2017.

_____ Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. **Decreto n. 7.257, de 4 de agosto de 2010a.**

Regulamenta a Medida Provisória n. 494 de 02 de julho de 2010, para dispor sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7257-4-agosto-2010-607732-normaatualizada-pe.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de

Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Acesso em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_dirtrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 25 Jun 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde. **Força Nacional do SUS está preparada para atuar em situações de emergência provocadas por desastres naturais**. 2015a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16201-forca-nacional-do-sus-esta-preparada-para-atuar-em-situacoes-de-emergencia-provocadas-por-desastres-naturais>> Acesso em: 25 maio 2015.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria de Direitos Humanos Da Presidência Da República – SDH/PR. **Protocolo nacional conjunto para proteção integral a crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres**. 2013. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/protocolo-de-desastres>>. Acesso em: 27 jun 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS)**. 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/12-forca-nacional-do-sus/13406-forca-nacional-do-sus>>. Acesso em: 18 ago. 17.

_____. Ministério da Saúde. **O que é o SAMU 192?**. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/12-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____. Ministério da Defesa. **Socorro militar em desastres naturais é tema de palestras internacionais**. 2014c. Disponível em: <<http://www.fab.mil.br/noticias/mostra/19829/MEDICINA-OPERACIONAL--->

Socorro-militar-em-desastres-naturais-%C3%A9-tema-de-palestras-internacionais>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____ **Lei n. 13.022, de 08 de agosto de 2014d.** Dispõe sobre o Estatuto Geral das Guardas Municipais. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/113022.htm>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____ Ministério da Saúde. **Portaria n. 198. De 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 29 Junho 2017.

_____ Ministério da Integração Nacional. **Classificação e codificação brasileira de desastres - COBRADE.** Disponível em: <http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=2a09db34-e59a-4138-b568-e1f00df81ead&groupId=185960>. Acesso em: 26 jun 2016.

_____ Ministério da Integração Nacional. **Proteção e Defesa Civil.** 2016b. Disponível em: <<http://www.mi.gov.br/web/guest/sedec/apresentacao>> . Acesso em: 18 ago. 2017a.

_____ Ministério da Defesa. **Missão e Visão de Futuro.** 2017b. Disponível em: <<http://www.eb.mil.br/missao-e-visao-de-futuro>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

_____ Coordenação-Geral de Cooperação Humanitária e Combate à Fome. **Temos um novo Marco Global.** 2015b. Disponível em: <<http://cooperacaohumanitaria.itamaraty.gov.br/noticias/103-temos-um-novo-marco-global>>. Acesso em: 05 dez de 2017.

BROWN, Fredda Herz. **O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar.** in CARTER, Elizabeth A.; MCGOLDRICK,

Monica. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 504p.

CABALLERO, Dora. **Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas.** La Paz: OPS/OMS, 2006. Disponível em: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nde28704.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

CAMPOS, Gastao Wagner De Sousa. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde.** In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada.** Interface (Botucatu), Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 983-995, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500983&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Junho 2017.

CASTRO, A. L. C. **Glossário de Defesa Civil estudos de riscos e medicina de desastres.** Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento, 1998, 283p.

CEDEP-UFSC. Centro de estudos e pesquisa em engenharia e defesa civil. Universidade Federal de Santa Catarina. **2004 – Furacão Catarina.** UFSC, 2015. Disponível em: <<http://www.ceped.ufsc.br/2004-furacao-catarina/>>. Acesso em: 26 set de 2017.

_____. Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. **2011 – Inundações e Deslizamento na Região Serrana do Rio de Janeiro.** UFSC, 2015. Disponível em: <<http://www.ceped.ufsc.br/2011-inundacoes-e-deslizamento-na-regiao-serrana-do-rio-de-janeiro/>> Acesso em: 07 set 2016.

_____. Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. **Atlas Brasileiro de Desastres**

Naturais: 1991 a 2012. 2. ed. rev. ampl. – Florianópolis. Disponível em: <https://s2id.mi.gov.br/paginas/atlas/>. Acesso em: 01 dez de 2017.

CEOPS- Centro de Operação do Sistema de Alerta da Bacia do Itajaí. **Cota-enchente de Blumenau.** 2012. Disponível em: http://ceops.furb.br/cotas/Relatorio_Final_Cotas_Enchentes-09-11-2012.pdf> Acesso em: 30 jun 2016.

CFP. Conselho Federal De Psicologia/CFP. **Atuação de psicólogos em situações de emergências e desastres, relacionadas com a política nacional de Defesa Civil:** Nota Técnica de 08 de maio de 2013. Brasília. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/NOTA-T%C3%89CNICA-SOBRE-ATUA%C3%87%C3%83O-DE-PSIC%C3%93LOGA-O-EM-EMERG%C3%84NCIAS-E-DESASTRES.pdf>>. Acesso em 12 jun 2016.

CHILE. Ministerio de Salud de Chile. La Agencia De Cooperación Internacional Del Japón-Jica. **Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres.** Disponível em: < <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Manual-para-la-protecci%C3%B3n-y-cuidado-de-la-Salud-Mental-en-situaciones-de-Emergencias-y-Desastres.pdf>>. Acesso em: 26 jun 2016.

CIDADE BRASIL. **Mesorregião do Vale do Itajaí.** Disponível em: <<http://www.cidade-brasil.com.br/mesorregiao-do-vale-do-itajai.html>>. Acesso em: 20 jun 16.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 04 de maio de 2017.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **Cruz Vermelha o Poder da Humanidade.** Disponível em: <<http://www.cruzvermelha.org.br/>> Acesso em: 08 set 2016.

DATASUS. CNES - **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 30 jun 2016.

EL PAÍS. **América Latina recorre à tecnologia para controlar desastres naturais.** Washington. 2014. Disponível em <http://brasil.elpais.com/brasil/2014/01/29/internacional/1391018163_615712.html>. Acesso em: 09 de junho de 2017.

ERIKSON, E.H. **Identidade. Juventude e crise.** Rio de Janeiro: Zahar (1972).

ESFERA. El Proyecto Esfera. **Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitária.** Reino Unido. 2011.

FERES, Giovana Savietto. **Habitação emergencial e temporária, estudo de determinantes para o projeto de abrigos.** Campinas, SP. 2014. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/258066/1/Feres%20c%20Giovana%20Savietto_M.pdf>. Acesso em: 29 Junho 2017.

FERNANDES, Beatriz Silverio et al . **A supervisão, o supervisor e os supervisionandos.** Rev. SPAGESP, Ribeirão Preto , v. 5, n. 5, p. 16-23, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2017.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini; BOEHS, Astrid Eggert. **Mudanças das rotinas familiares na transição inesperada por desastre natural.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 160-167, Mar. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 maio 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100022>.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini. **Rotinas e rituais de cuidado nas famílias rurais em transição inesperada do pós-desastre** [tese]. Florianópolis, SC, 2011 Disponível em: <<http://pct.capes.gov.br/teses/2011/41001010009P7/TES.PDF>>. Acesso em: 24 maio 2017.

FIALHO, Marcelo Brandt; ZEFERINO, Maria Terezinha. **Crise e Urgência em Saúde Mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental.** 4ª Edição – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa, 2015. Disponível em: <
[file:///C:/Users/asus/Downloads/Modulo2-Crise-2015-2_final%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/asus/Downloads/Modulo2-Crise-2015-2_final%20(2).pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2017.

FREITAS, Carlos Machado de et al. **Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1577-1586, junho de 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000600021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jun. de 2017.

FREUD, Sigmund. **Cinco lições de psicanálise; A história do movimento psicanalítico; O futuro de uma ilusão; O mal-estar na civilização; Esboço de psicanálise.** São Paulo: Abril Cultural, 1978. 246p.

G1. **Barragem se rompe, e enxurrada de lama destrói distrito de Mariana.** Atualizado em 21/11/2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2015/11/barragem-de-rejeitos-se-rompe-em-distrito-de-mariana.html>> Acesso em: 07 set 2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, Carlos. **Regiões, cidades e comunidades resilientes: novos princípios de desenvolvimento. urbe, Rev. Bras. Gest. Urbana, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 371-385, Aug. 2017.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-33692017000200371&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Dez. 2017. Epub Mar 09, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3369.009.002.ao15>.

GUIMARO, Melissa Simon et al. **Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013a,

vol.18, n.11, pp.3175-3181. ISSN 1413-8123. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100008>>. Acesso em:
26 maio 2016.

_____ **Sofrimento psicológico em sobreviventes do terremoto ocorrido no Haiti em 2010**. Einstein (São Paulo) [online]. 2013b, vol.11, n.1, pp.11-14. ISSN 1679-4508. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000100004>>. Acesso em:
26 maio 2016.

IASC - Comité Permanente Entre Organismos. **Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia**. Ginebra: IASC. 2007. Disponível em: <
<http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6410.pdf?view=1>> Acesso em: 21 maio 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Santa Catarina, Itajaí, 2015**. Disponível em: <
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420820&idtema=16&search=santa-catarina|itajai|sintese-das-informacoes>> Acesso em: 26 jun 2016.

_____ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese das informações**. 2010. Disponível em:
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420240&idtema=16&search=santa-catarina|blumenau|sintese-das-informacoesGDDCCFG4FSBNBB>>. Acesso em: 26 junho 2017.

ITAJAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Itajaí 2014 – 2017**. 2014. Disponível em: <
<http://saude.itajai.sc.gov.br/img/conteudo/files/palno%20municipal%202014%20a%202017.pdf>>. Acesso em: 26 jun 2016.

KLUBER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. [tradução Paulo Menezes. 7ª ed. Martins Fontes. São Paulo, 1996.

KURM, Adriana. MAFACIOLI, Gilson. **A organização no caos: A atenção Psicossocial no Centro Desportivo.** In MAFACIOLI, Gilson et al. **A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss.** Curitiba: CRV, 2016.

LANDAU, J. and Saul, J. (2002). **Facilitando a Resiliência da Família e da Comunidade em Resposta a Grandes Desastres.** Pensando Famílias n. 4, ano 4, (56-78). Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/4576698/revista7.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1495524366&Signature=nsOfv5ubDsPP5InrndOiUhtw7uY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFacilitando_a_Resiliencia_da_Familia_e_d.pdf> . Acesso em: 26 maio 2017.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-bertrand Lefebvre. **Vocabulário da psicanálise.** Ed: Livraria Martins Fontes. São Paulo, 1988.

LIONS CLUB. **Voluntários em ajuda a vítimas de desastres naturais.** Disponível em: <<http://www.lionsclubs.org/PO/how-we-serve/disaster-relief.php>> Acesso em: 08 set 2016.

LUZIO, Cristina Amélia. **Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil.** 2010. Tese (Livre-Docência) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

LUDTKE, Manoela Fonseca. **A construção do grupo de trabalho Atenção Básica e Redes e a transformação para Núcleos de Apoio em Saúde Mental: Percursos do Apoio em Santa Maria.** In MAFACIOLI, Gilson. **A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões.** Curitiba: CRV, 2016.

MAFACIOLI, Gilson. LUDTKE, Manoela Fonseca. PACHECO, Maria Luiza Leal. et al. **A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões.** Curitiba: CRV, 2016.

MÉDICO SEM FRONTEIRA. **Médico Sem Fronteira**. 2016. Disponível em: <<http://www.msf.org.br/>> Acesso em: 08 set 2016.

NASCIMENTO, Maurici. **O papel do gestor municipal de educação, sua relação com a história e o sentimento, no contexto histórico da catástrofe de 2008**: município de Blumenau. In SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde/SES. 2008 depois das chuvas... o olhar de cuidado sobre o Vale do Itajaí: coletânea de artigos sobre vivências de profissionais que atuaram no trabalho de reconstrução. Org. Elisa Puel; José Toufic Thomé e Zoraide Feuser. Florianópolis: Gerência de Coordenação da Atenção Básica/SES, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007

NOAL, Débora da Silva. **A atenção psicossocial e saúde mental em situação de desastres na atenção básica**. In: NOAL, Debora da Silva. et al. Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica. UNASUS. UNIFESP. São Paulo. 2016.

NOAL, Débora da Silva et al. **Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss**. *Psicol. cienc. prof.* Brasília , v. 36, n. 4, p. 932-945, Dec. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000400932&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Junho 2017.

NOAL, D.S., Vicente, L. N., & Weintraub, A. C. M. **Ajuda que vem de “fora”: a conformação da primeira estratégia psicossocial e de saúde mental pós-incêndio na Boate Kiss**. In G. Mafacioli, M. F. Lüdtke, M. L. L. Pacheco, M. M. Sanfelice, & V. A. Dassoler (Orgs.), *A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões (2016c)*. Curitiba: CRV.

O GLOBO. **Em Niterói, incêndio no Gran Circo Norte-Americano mata mais de 500 pessoas**. 2016. Disponível em: <<http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/em-niteroi-incendio-no-gran-circo-norte-americano-mata-mais-de-500-pessoas-8969092>>. Acesso em: 05 set 2016.

OLIVEIRA, Simone Santos. **Relação saúde-trabalho em situações de desastre**. In: NOAL, Debora da Silva. et al. Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica. UNASUS. UNIFESP. São Paulo. 2016.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Sala de Situación en Salud: compartiendo las experiencias de Brasil / Organización Panamericana de la Salud**; orgs. José Moya, et al. –Brasília: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud, 2010. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_Situacion_de_Salud.pdf>. Acesso em: 27 maio 2017.

_____. Organización Panamericana de La Salud. **Apoyo psicosocial en emergencia y desastres – Guía para equipos de respuesta**. Panamá, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/asus/Downloads/ER_Psicosocial.pdf >. Acesso em: 26 jun 2016.

_____. Organización Panamericana de La Salud. **Guía práctica de salud mental en desastres Washington, D.C.:** OPS, 2006. 189 p. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres). Disponível em: <file:///C:/Users/asus/Downloads/SaludMentalEnDesastresBook.pdf >. Acesso em: 26 maio 2016.

_____. Organización Panamericana de La Salud . **Guía práctica de salud mental en desastres**. (Serie Manuales y Guías sobre Desastres) Washington, D.C.: OPS, 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf. Acesso em: 29 Junho 2017.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Desastres Naturais e Saúde no Brasil**. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<<http://semiarido.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/Desastres-e-Sa%C3%BAde-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 27 Junho 2017.

OPAS/ OMS. Organización Panamericana de La Salud / Organización Mundial de La Salud. **Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergências.** Washington, D.C.: OPS, 2002. Disponível em: <

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3543/OPS%20Proteccion%20de%20la%20salud%20mental%20en%20situaciones%20de%20desastres%202002.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 maio 2016.

_____ Organización Panamericana de La Salud / Organización Mundial de La Salud. Plan de Operaciones de Emergencia de La Red de Servicios de Salud. **Guia para la Planificación – 2014.** Ministério de Saúde de Peru. Disponível em:

<https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/71516/mod_page/content/8/plan_emergencia_red_servicios_salud.pdf> Acesso em: 28 Junho 2017.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030.** Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. 2015a. Disponível em:

<https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf>. Acesso em: 05 dez de 2017.

_____ Organização das Nações Unidas. **Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015- 2030.** 2015b, Disponível em:

<<http://www.defesacivil.pr.gov.br/arquivos/File/Marco/MarcodeSendaiPortugues.pdf>> . Acesso em: 05 dez de 2017.

_____ Organização das Nações Unidas. **Marco de Ação de Hyogo 2005-2015:** Aumento da resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres. 2005. Disponível em:

<<http://www.defesacivil.pr.gov.br/arquivos/File/Marco/MarcodeHyogoPortugues20052015.pdf>>. Acesso em: 05 dez de 2017.

PALADINO, Erane; TARALLI, Ively Helena G; THOMÉ, José T. **Trauma: um diagnóstico diferencial.** In BENYAKAR, Moty;

THOMÉ, José T. TARALLI, Ively H. *Intervenção em situações limite desestabilizadoras: crises e traumas*. Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009.

POLÍCIA MILITAR. Santa Catarina. **Institucional**. 2017. Disponível em: <<http://www.pm.sc.gov.br/institucional/valores/missao-visao-valores.html>>. Acesso em: 18 ago. 17.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BLUMENAU. Secretaria de Promoção da Saúde. **Serviço do SAMU celebra dez anos de atuação em Blumenau com eventos**. Postado em 16/03/2016. Disponível em: <(http://www.blumenau.sc.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/semus/servico-do-samu-celebra-dez-anos-de-atuacao-em-blumenau-com-eventos25)> Acesso em: 04 de maio de 2017.

PUFF, Jefferson. **Sistema de alertas reduz mortes, mas desastres ainda desafiam Rio**. BBC Brasil no Rio de Janeiro. Disponível em http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/01/140109_enchentes_ri_o_jp_1k Acesso em: 09 de jun de 2017.

REDE GLOBO. **Ao redor do mundo, há diferentes avisos contra desastres naturais**. 2014. Disponível em <http://redeglobo.globo.com/globoecologia/noticia/2013/08/ao-redor-do-mundo-ha-diferentes-avisos-contradesastres-naturais.html>. Acesso em 09 de junho de 2017.

REIS, Clóvis; ZUCCO, Fabrícia Durieux; DAROLT, Everton. **Gabinete de Crise versus mídia: implicações para o diálogo com a comunidade**. Intercom, Rev. Bras. Ciênc. Comun., São Paulo, v. 36, n. 2, p. 155-173, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-58442013000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun 2017.

ROCHA, Vânia Rocha; ALPINO, Taís de Moura Ariza. **A atenção básica e o processo de gestão de risco de desastres**. In: NOAL, Debora da Silva. et al. *Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica*. UNASUS. UNIFESP. São Paulo. 2016.

ROTHER, Edna Terezinha. **Revisão Sistemática X Revisão Narrativa**. Acta Paul Enferm. 2007; 20(2)x. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>> Acesso em: 26 jun 2016.

SA, Samantha Dubugras; WERLANG, Blanca Susana Guevara; PARANHOS, Mariana Esteves. **Intervenção em crise**. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <<http://56872008000100008&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde/SES. **2008 depois das chuvas...** o olhar de cuidado sobre o Vale do Itajaí: coletânea de artigos sobre vivências de profissionais que atuaram no trabalho de reconstrução. Org. Elisa Puel; José Toufic Thomé e Zoraide Feuser. Florianópolis: Gerência de Coordenação da Atenção Básica/SES, 2012a.

_____. Defesa Civil. **Sua cidade é resiliente? Conheça o conceito e as ações do governo nesta área**. 2012b. Disponível em: <<http://www.defesacivil.sc.gov.br/index.php/municipios/cidades-resilientes.html>>. Acesso em: 05 dez de 2017.

_____. **Atividades do Corpo de Bombeiros de Santa Catarina**. 2017. Disponível em: <<https://portal.cbm.sc.gov.br/index.php/institucional/atividades>>. Acesso em: 18 ago. 17.

SISTEMA DE ALERTA MUNICIPAL. Probabilidade de Escorregamento. Disponível em: <<http://alertablu.cob.sc.gov.br/c/probabilidade-escorregamento>>. Acesso em: 04 de maio de 2017a.

_____. **Nível do Rio Itajaí-Açú**. Disponível em: <<http://alertablu.cob.sc.gov.br/d/nivel-do-rio>>. Acesso em: 04 de maio de 2017b.

SOUZA, K. M. O. **A análise da relação trabalho e saúde na Atividade dos Bombeiros Militares do Rio de Janeiro**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro.

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de. **Resiliência e desastres naturais**. Cienc. Culto., São Paulo, v. 63, n. 3, p. 4-5, julho de 2011. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000300002&lng=pt_BR&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. de 2017.

SPINK, Mary Jane Paris. **Viver em áreas de risco: tensões entre gestão de desastres ambientais e os sentidos de risco no cotidiano**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3743-3754, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903743&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Junho 2017.

THOMÉ, José. **A dinâmica da catástrofe**. In BENYAKAR, Moty; THOMÉ, José T. TARALLI, Ively H. Intervenção em situações limite desestabilizadoras: crises e traumas. Rio de Janeiro: ABP Ed., 2009.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/asus/Downloads/2144-6186-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 de jul de 2017.

Wainrib, B. R. & Bloch, E. L. **Intervención en Crisis y Respuesta al Trauma: teoría y práctica**. 2000. Bilbao: Desclée de Brouwer.

YUNES MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, José; organizador. Resiliência e educação. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ZANCANELLA, Maria dos Anjos; ALMEIDA, Morche Ricardo. **O marco na vida dos Blumenauenses e o processo migratório escolar após a catástrofe de novembro de 2008**. In SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde/SES. 2008 depois das chuvas... o olhar de cuidado sobre o Vale do Itajaí: coletânea de artigos sobre vivências de profissionais que atuaram no trabalho de reconstrução. Org. Elisa Puel; José Toufic Thomé e Zoraide Feuser. Florianópolis: Gerência de Coordenação da Atenção Básica/SES, 2012.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA O INFORMANTE-CHAVE

Meu interesse é compreender a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre no município. Por este motivo organizei algumas questões que seguem abaixo, porém se identificar outros aspectos que considere relevante, ou alguns que não gostaria de responder, sinta-se completamente à vontade para alterar ou eliminar itens.

IDENTIFICAÇÃO

Sexo _____

Idade _____

Formação _____ Cargo que ocupa _____

Desde quando _____

– Como estão organizadas as ações de atenção psicossocial para as pessoas envolvidas em situação de desastre no seu município?

– Quais profissionais estão envolvidos?

– Os profissionais são preparados de alguma forma para atuarem em situação de desastre?

– Existe articulação entre serviços de saúde e outros recursos do território para o trabalho conjunto?

– Como são coordenadas as ações de atenção psicossocial nos desastres?

– Existe algum tipo de mapeamento de pessoas vulneráveis em saúde mental?

– A diretriz do Ministério da Saúde (guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do sistema único de saúde) é considerada na organização das ações?

– Quais ações já foram realizadas no município?

– Quais os resultados encontrados?

– Quais as facilidades para colocar em prática tais ações?

– Quais as dificuldades para colocar em prática tais ações?

ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA SAÚDE

Meu interesse é compreender a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre. Por este motivo organizei algumas questões que seguem abaixo, porém se identificar outros aspectos que considere relevante, ou alguns que não gostaria de responder, sinta-se completamente à vontade para alterar ou eliminar itens.

IDENTIFICAÇÃO

Sexo _____ Idade _____
 Formação _____ Cargo _____
 ocupa _____ Desde quando _____ que

Quanto às situações de desastres em seu município:

- Que ações em atenção em saúde mental você desenvolve?
- Recebeu capacitação específica?
- Existe uma rotina organizada?
 - Existe articulação entre serviços de saúde e ou outros recursos do território para o trabalho conjunto?
 - Existe manutenção do atendimento das pessoas vulneráveis em saúde mental?
 - Quais ações já foram realizadas no município?
 - Quais os resultados encontrados?
 - Quais as facilidades para colocar em prática tais ações?
 - Quais as dificuldades para colocar em prática tais ações?
 - Você já vivenciou uma experiência pessoal de situação de desastre?

APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA DEFESA CIVIL E CB

Meu interesse é compreender a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre. Por este motivo organizei algumas questões que seguem abaixo, porém se identificar outros aspectos que considere relevante, ou alguns que não gostaria de responder, sinta-se completamente à vontade para alterar ou eliminar itens.

IDENTIFICAÇÃO

Sexo_____ Idade_____ Formação_____

Cargo que ocupa_____ Desde quando_____

- O que você entende por situação de desastre?
- Como você entende saúde mental e os cuidados das questões emocionais em situação de desastre?
- Como sua instituição se organiza para atender uma situação de desastre?
- Quais profissionais são envolvidos/mobilizados?
- Que ações e serviços são ofertados?
- Existe algum preparo específico para lidar as questões emocionais que ocorrem em situações de desastre?
- O setor saúde é acionado? Em que momento?
- Existe articulação entre sua instituição e os outros recursos do território para o trabalho conjunto? Quais? Em que momento? Como é esse processo?
- Quais as instituições que disparam o processo de organização para atenção a uma situação de desastre no seu município?
- Existe algum tipo de mapeamento de pessoas vulneráveis?
- Que ações em saúde mental já foram realizadas por esta instituição em situação de desastre?
- Quais os resultados dessas ações?
- Quais as facilidades para colocar em prática tais ações?
- Quais as dificuldades para colocar em prática tais ações?
- Você já vivenciou uma experiência pessoal de situação de desastre?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), na pesquisa que tem como título “ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DESASTRE NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU: ótica dos trabalhadores envolvidos”. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de Alessandra Rossoni Rafaloski do programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino.

Esta pesquisa tem como objetivo compreender a atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre no município de Blumenau na ótica dos trabalhadores envolvidos.

Esta pesquisa conta com um profissional informante chave, que disponibilizará dados e informações sobre pontos da RAPS e ações que estas podem estar desenvolvendo na atenção psicossocial em situações de desastre do município, desta forma, para que estes procedimentos aconteçam, fazem-se necessários o acordo e assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Durante a pesquisa você participará de uma entrevista em um horário, dia e local pré-agendado. Ressaltando que você não é obrigado a participar da entrevista ou responder a todas as perguntas, e caso queira, pode desistir do estudo a qualquer tempo. A entrevista terá o áudio gravado, após o seu consentimento, para facilitar a análise dos dados.

A partir dessa pesquisa, como benefício, você poderá contribuir para ampliar o conhecimento sobre o cuidado em saúde mental em situação de desastre na Rede de Atenção Psicossocial de Blumenau e de outros municípios com estas características, fazendo parte da conscientização da sociedade a respeito da natureza da construção do conhecimento científico.

Durante a entrevista e o processo de pesquisa aspectos desagradáveis podem acontecer. Segue alguns possíveis danos da pesquisa: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto, ou alterações de comportamento durante a gravação de áudio; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de

relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua prática profissional e seu ambiente de trabalho.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição, município ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você. Caso você experiencie danos materiais ou morais decorrentes da pesquisa, inclusive relacionados à quebra de sigilo, você tem o direito de recorrer judicialmente por indenizações.

Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado pela pesquisadora, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou *e-mail* descrito abaixo. Os dados da pesquisa serão apresentados no ano de 2017 na Universidade Federal de Santa Catarina, sendo assim você poderá, caso haja interesse, participar da apresentação.

Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante das atividades.

Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Para participar da pesquisa, destaca-se a importância de estar acontecendo em um local de fácil acesso para você, portanto você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação.

Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido. Portanto, se acontecer algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar

indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada. O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução n. 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (48) 84617757, *e-mail* alerafaloski@gmail.com, endereço profissional Rua Esteves Júnior, 81, 8º andar Sala 803– Centro/Fpolis. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e *e-mail* cep.propesq@contato.ufsc.br.

Este documento foi elaborado em duas vias e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas.

Eu, _____, RG, _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Local e Data:

Assinatura:

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Dra. Maria Terezinha Zeferino
terezinha.zeferino@ufsc.br

Alessandra Rossoni Rafaloski
alerafaloski@gmail.com

APÊNDICE E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____,
depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DESASTRE NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU: ótica dos trabalhadores envolvidos” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Alessandra Rossoni Rafaloskido programa de Pós-Graduação profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da Profa.. Dra. Maria Terezinha Zeferino a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora e coordenadora da pesquisa, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Local

e

Data:

Assinatura:

Contato com as pesquisadoras responsáveis:

Dra. Maria Terezinha Zeferino
terezinha.zeferino@ufsc.br

Alessandra Rossoni Rafaloski
alerafaloski@gmail.com

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL: DISCURSOS E PRÁTICAS

Pesquisador: MARIA TEREZINHA ZEFERINO

Área Temática:

Versão:

CAAE: 39378213.4.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 924.432

Data da Relatoria: 07/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata o presente de um projeto de pesquisa sob a responsabilidade de Maria Terezinha Zeferino, professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSC, que assina como pesquisadora responsável a folha de rosto em conjunto com a Chefe do Departamento de Enfermagem da mesma instituição.

A pesquisa será exploratória descritiva com abordagem qualitativa, junto a trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) visando verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a implementação e articulação dos diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil para a atenção as situações de crise e urgência em saúde mental, na perspectiva de seus trabalhadores.

Objetivo Secundário:

a. Caracterizar os trabalhadores da RAPS que participaram do Curso Crise e Urgência em Saúde

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

Continuação do Parecer: 904.432

Mental;

- b. Identificar as situações de crise e urgência em saúde mental mais impactantes para os trabalhadores da RAPS;
- c. Conhecer como as pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental são cuidadas na RAPS, na perspectiva dos seus trabalhadores;
- d. Caracterizar a RAPS através da perspectiva dos seus trabalhadores;
- e. Conhecer como se dá a articulação entre os diversos pontos da RAPS para a atenção às situações de crise e urgência em saúde mental;
- f. Identificar estratégias para ampliar a resolutividade do cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental;
- g. Desvelar a vivência dos trabalhadores da RAPS no atendimento às pessoas em situação de crise e urgência e saúde mental;
- h. Avaliar a satisfação dos alunos com o Curso Crise e Urgência em Saúde Mental;
- i. Avaliar a percepção da aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos no Curso Crise e Urgência em Saúde Mental na prática profissional dos alunos;
- j. Verificar o impacto da vivência de ser tutor do Curso Crise e Urgência em Saúde Mental sobre o cuidado em rede às pessoas em situação de crise e urgência em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o que foi literalmente citado no projeto:

*Riscos:

A participação nesta pesquisa não lhe trará complicações legais, não implicará em ônus ou danos aos participantes. Porém, não se pode assegurar que não lhe trará nenhum desconforto, dentre os possíveis pode-se citar o de divulgar informações sobre o seu cotidiano de trabalho e das relações interpessoais que nele estão presentes.

Benefícios:

Os benefícios dessa pesquisa são de contribuir na implementação da RAPS no Brasil no que tange a formação dos trabalhadores e gestores do SUS, bem como, favorecer o cuidado do usuário nos serviços de saúde.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Informações adicionais sobre a pesquisa estão devidamente descritas nos campos do presente Parecer e nos documentos submetidos do processo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

