



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO
HUMANO E SAÚDE**

**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL: ANALISANDO
DIRETRIZES E AÇÕES PARA UMA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE
DESASTRES**

DÉBORA DA SILVA NOAL

Brasília, Julho de 2018



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS DE DESENVOLVIMENTO
HUMANO E SAÚDE

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL: ANALISANDO
DIRETRIZES E AÇÕES PARA UMA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE
DESASTRES

Débora da Silva Noal

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Área de concentração: Desenvolvimento Humano e Educação. Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Humano e Cultura.

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. REGINA LUCIA SUCUPIRA PEDROZA

Brasília, Julho de 2018

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

dD287 a da Silva Noal, Débora
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL: ANALISANDO
DIRETRIZES E AÇÕES PARA UMA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE
DESASTRES / Débora da Silva Noal; orientador Regina Lucia
Sucupira Pedroza. -- Brasília, 2018.
277 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde) -- Universidade de Brasília,
2018.

1. Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental. 3. Gestão
Integral de Riscos e de Desastres. 4. Estratégias para
Desastres. I. Sucupira Pedroza, Regina Lucia, orient. II.
Título.

Esta tese recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para o desenvolvimento desta tese no Brasil e no Canadá (Processo n: 88881.132620/2016-01) no período de 01/06/2017 a 30/11/2017.

TESE DE DOUTORADO

APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a Regina Lucia Sucupira Pedroza - Presidente
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Eduardo Chachamovich – Membro
McGill University

Prof^a. Dr^a Ionara Vieira Moura Rabelo - Membro
Universidade Federal de Goiás

Prof^a. Dr^a Lucia Helena Cavasin Zabotto Pulino - Membro
Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Silviane Bonaccorsi Barbato - Suplente
Universidade de Brasília

Brasília, julho de 2018

Dedico esta tese àqueles que sobrevivem
diariamente a invisibilidade humana.

Agradecimentos

- Aos meus pais, que me deram a base para poder me indignar com as inconsistências do mundo e entender que sonhar implica correr riscos.
- Ao Antonio, companheiro de todas as horas, que não mediu esforços para que eu conseguisse escrever uma tese enquanto nossa bebê crescia no ventre, engatinhava pela casa e dava seus primeiros passos rumo a independência.
- À Chloe pelas noites mal dormidas que me oportunizaram não apenas aumentar as olheiras e cabelos brancos, mas a querer melhorar ainda mais o mundo em que vivemos.
- A minha primeira orientadora Dr^a Lúcia Helena Cavasin Zabotto Pulino que com seu coração generoso me incentivou a seguir minha trajetória acadêmica logo após o término do mestrado.
- A minha orientadora brasileira Dr^a Regina Lucia Sucupira Pedroza, pelo suporte e liberdade para seguir meus caminhos acadêmicos com foco e determinação.
- Ao meu orientador canadense, Dr. Eduardo Chachamovich, pelo acolhimento e adoção acadêmica em terras Canadenses, bem como pelo suporte e participação na banca de defesa.
- À Dr^a Ionara Rabelo por seus esforços incansáveis de oportunizar espaços na agenda a fim de participar das bancas de qualificação e defesa desta tese, bem como por suas sugestões qualificadas e cuidadosas que permitiram desencadear novas escritas.
- À Dr^a Silviane Bonaccorsi Barbato por suas valiosas contribuições que me ajudaram a estabelecer redes e concretizar as pontes, permitindo alçar voos acadêmicos internacionais.

- Ao Dr. Duncan Pedersen (in memoriam) pelo convite generoso para pesquisarmos juntos na McGill University, pelo acolhimento, conselhos, sugestões e revisões minuciosas da tese até a qualificação desta.
- À Norma Valêncio, Carlos Machado de Freitas, Eliane Lima e Silva, Olavo Sant Anna Filho, Jorge Sayde, Mauro Kotlhar, Kimberley Shoaf, Silvia Bentolila, Maria Luiza Leal Pacheco, Patrícia Gula, Károl Veiga, Rosana Teresinha Dorio de Athayde Bohrer, Marco Andrey Teixeira Hermógenes, Alicia Bustillos Ardaya, Dafne Rosane Oliveira, Elaine Gomes dos Reis Alves, Diane Maria Scherer Kuhn Lago, Carlos Felipe Balthazar, Adriano Rodrigues Biajone, Eliana Torga, Gisele Cristina Manfrini Fernandes, Milena Nunes de Almeida, Rosangela Gravina, Cinthia S. Araujo Gonçalves de Oliveira, Maria dos Anjos da Silva e a todos os participantes do I SISMGIRD que fizeram essa pesquisa possível.
- À querida Consuelo Errazuriz, coordenadora do programa de Psiquiatria transcultural da McGill University, pelo apoio irrestrito e pela abertura de portas nos mais diversos espaços de pesquisa e estudo.
- Ao caríssimo Dr. Laurence Kirmayer diretor da Division of Social and Transcultural Psychiatry, que me permitiu participar de seus grupos de estudo e pesquisa oportunizando espaços singulares de troca e aprendizado com esta grande referência da psiquiatria transcultural.
- Ao caríssimo Dr. Eric Jarvis que gentilmente abriu as portas de seus grupos de intervenção clínica e me permitiu compartilhar dados com terapeutas do mundo todo, discutindo casos clínicos e inquietações todas as semanas no Jewish General Hospital de Montreal.
- Às colegas de trabalho e de vida: Ana Cecilia Weintraub e Leticia Nolasco, que aceitaram o desafio de criar a primeira disciplina teórico prática de saúde mental e atenção

psicossocial e na gestão integral de riscos e de desastres na Universidade de Brasília e assim descortinar um espaço ímpar de aprendizagem para os estudantes em formação.

- Às colegas psicólogas formadas e em formação: Ana Cecilia Weintraub, Leticia Nolasco, Sara Almeida, Ticiania Torres, Beatriz, Isadora, Andrea, Juliana Sangoi, Nicolly Magrin, Stéfani Crispim meu muito obrigada, pelo empenho em conformar o primeiro grupo de saúde mental em desastres da UnB e pela ousadia de organizar um simpósio internacional reunindo uma ampla gama de pessoas dispostas a construir um mundo mais digno.
- Às queridas colegas Sara Meneses, Larissa Almeida e Ticiania Torres, meus mais sinceros agradecimentos pelo auxílio na realização das entrevistas, pelas traduções, filmagens, entrevistas e traduções impecáveis das entrevistas.
- A todas (os) aqueles que se propuseram a dispendar seu tempo para responder as entrevistas individuais e/ou participar dos grupos focais, fazendo com que essa tese fosse uma construção coletiva de experiências e cuidados.
- À Lilian Neves e Anita Noal que disponibilizaram parte do seu tempo para cuidar do nosso projeto de gente e assim me possibilitar escrever essa tese com mais tranquilidade.
- Ao Otto Ribas, que com seu estímulo cotidiano me incentivou a seguir a carreira acadêmica.
- À Juliana Lopes que sabe dialogar com o mundo das regras e normas e que teve paciência, determinação e muito amor na revisão dessa tese.
- Ao amigo Ricardo Paiva, por seu apoio afetivo e pragmático em todas as fases dessa tese.
- Ao Jessé Azevêdo que salvou minha tese quando a tecnologia me deu uma rasteira e à Carine Bianca Ferreira Nied que chegou na hora certa para me apresentar ao Jessé.
- À CAPES que através do seu financiamento permitiu a mim e a muitos outros colegas dedicar um tempo integral ao desenvolvimento da ciência do nosso país, bem como

oportunizou que eu realizasse durante 7 meses o doutorado sanduiche na Universidade McGill e desta forma estabelecesse uma ampla rede de pesquisa e estudo com diferentes pesquisadores e professores que são referência mundial em seus arcabouços teóricos e pragmáticos.

**Nada é impossível de mudar
Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo.**

**E examinai, sobretudo, o que parece
habitual.**

**Suplicamos expressamente: não aceiteis
o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada, de
arbitrariedade consciente, de
humanidade desumanizada, nada deve
parecer natural nada deve parecer
impossível de mudar.**

Bertolt Brecht

Resumo

As mudanças climáticas, as disparidades econômicas, a vulnerabilidade ambiental, as iniquidades sociais e as lacunas existentes nas políticas públicas voltadas para Gestão Integral de Riscos e de Desastres (GIRD), são apenas alguns dos fatores que compõem a análise conjuntural e servem como indicadores para determinar a complexidade dos desastres em termos de impacto na saúde, economia, meio ambiente, entre outros aspectos essenciais à vida humana das populações assoladas por eventos dessa natureza. O Brasil tem monitorado seus desastres de forma mais sistemática nas últimas duas décadas e isso ocorre, sobretudo, em virtude de três aspectos: (1) o impacto causado pelos desastres neste período; (2) as demandas e pressões da comunidade global, e; (3) as acentuadas lacunas de produção de ensino, pesquisa e políticas públicas voltadas para as práticas dos profissionais da atenção psicossocial (AP) e saúde mental (SM) em desastres. Levando em conta esse cenário, esta pesquisa teve como objetivo analisar diretrizes que apontem subsídios para conformação de uma estratégia nacional de atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e de desastres. Sob a égide das políticas públicas e saúde mental global, trouxemos à luz reflexões que possibilitem pensar diretrizes e ações para subsidiar estratégias de cuidado em SM e AP na GIRD. A pesquisa foi norteada pelos paradigmas teórico-metodológicos da abordagem qualitativa, a qual se propõe trabalhar com os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais. Utilizamos como instrumentos 24 entrevistas individuais, três grupos focais e uma assembleia, com um total de 170 participantes, entre estes: sobreviventes, trabalhadores(as), gestores(as) e pesquisadores(as) em desastres de diferentes países, entre eles Alemanha, Argentina, Brasil, Canadá, Chile e Estados Unidos. Para a análise das produções empíricas foram utilizadas pesquisas (inter)nacionais, relatórios técnicos, guias e protocolos de organizações humanitárias especializadas em desastres. Entre os resultados que merecem destaque nesta pesquisa estão: (A) a grande lacuna na formação dos profissionais brasileiros concernente à AP e à SM na GIRD, bem como a baixa produção teórica, particularmente no que concerne às estratégias e processos de cuidado de AP e SM em desastres; (B) a necessidade de se considerar o contexto social como o cerne da problematização de um desastre na conformação de estratégias nacionais, priorizando a análise do drama humano subjacente; (C) a necessidade de ampliar a capacidade teórica e metodológica dos profissionais e gestores que ocupam posições deliberativas para que considerem a dinâmica comunitária, as estruturas familiares em jogo, os tipos de vínculos e conflitos interpessoais e grupais, já configurados nos territórios onde o desastre acontece, como eixo prioritário do processo de cuidado e; (D) a imprescindibilidade de estruturar estratégias de AP e SM na GIRD que incluam os sistemas públicos nacionais. A partir desta pesquisa, foi possível compreender a percepção de sobreviventes, trabalhadores, gestores e pesquisadores sobre AP e SM na GIRD, bem como possibilitou refletir, analisar e propor diretrizes e ações que podem subsidiar a construção de estratégias de AP e SM na GIRD a partir das políticas públicas brasileiras.

Palavras-chave: Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Gestão Integral de Riscos e de Desastres; Políticas Públicas

Abstract

Climate changes, economical disparities, environmental vulnerability, social inequalities, and lack of public policies on Disaster Risk Management (DRM) are some of plenty factors that are part of a greater picture, and indicators used to determine the complexity of disasters in terms on how they impact on health, economy, environment, among other essential aspects related to the lives of people affected by these events. In the last two decades Brazil has been monitoring its disasters more systematically, and this happened, most of all, because three aspects: (1) the impact caused by the disasters during this period; (2) the demands and pressures coming from the global community, and; (3) the lack of investments on training, research and public policies involving both Psychosocial Care (PC) and Mental Health (MH) professionals who work in disasters. Considering this background, this research aims to analyze the guidelines used to build a national strategy on psychosocial care and mental health in DRM. Guided by global mental health policies, we brought up some insights capable of helping the process of planning guidelines and actions to subsidise strategies on MH and PC in DRM. The research was oriented by both theoretical and practical paradigms of the qualitative methodology, which works with the meanings attributed by the subjects to facts, relations and social phenomena. The methods used were individual interviews (24), focal groups (3), and assembly (1), with a total of 170 participants, among survivors, workers, sanitary authorities, and researchers from different countries, such as Argentina, Brazil, Canada, Chile, Germany and United States of America. For the empirical analysis, we used (inter)national researches, technical reports, guides and protocols from humanitarian organizations specialized in disasters. Some of the results that deserve to be highlighted are (A) a large gap on training PC and MH Brazilian professionals on DRM, as well as a lack of theoretical references, particularly on strategies and process of PC and MH in disasters; (B) the need to consider the social context as the center of the problematization of a disaster, when building national strategies that prioritize the analysis of the adjacent human drama; (C) the need to expand both theoretical and methodological capacities of the decision makers (workers and sanitary authorities), so that they are able to consider the existing community dynamics, family structures in stake, types of bonds, interpersonal and group conflicts as the main axis of the process of care; (D) the indispensability of elaborating PC and MH strategies in DRM that include the national public systems involved. From this research it was possible to understand the perception of survivors, workers, sanitary authorities and researchers on PC and MH in DRM, as well as reflect, analyze and propose guidelines and actions to subsidise the creation of strategies on PC and MH in DRM from the Brazilian public policies.

Key Words: Psychosocial Care; Mental Health; Disaster Risk Management; Public Policies

SUMÁRIO

Agradecimentos	7
Resumo	12
Abstract	13
Lista de Siglas e Abreviaturas	16
Lista de Tabelas	19
CAPITULO 1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO	20
REVISÃO DE LITERATURA	33
CAPITULO 2. UMA GEOGRAFIA DOS CONCEITOS: DESASTRES E SUAS CONCEPÇÕES ...	33
2.1 Cuidado em Desastres.....	43
2.2 Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Desastres: a perspectiva das políticas públicas.....	56
2.3 Cultura e Atenção Psicossocial em Desastres.....	59
2.4 Desastres e o Impacto na Atenção Psicossocial e Saúde Mental.....	61
CAPÍTULO 3. ENTRELACAMENTOS ENTRE CUIDADO E CULTURA EM DESASTRES: A PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL GLOBAL	68
3.1 Saúde Mental Global: concepções e contradições.....	68
3.2 Saúde Mental Global em Desastres.....	73
CAPITULO 4. METODOLOGIA	75
OBJETIVOS	75
Objetivo Geral.....	75
Objetivos Específicos.....	75
4.1 Delineamento da Pesquisa de Campo.....	75
4.2 Contexto de Pesquisa.....	78
4.3 Participantes da Pesquisa.....	78
4.4 Descrição dos Procedimentos.....	80
4.5 Procedimentos para a Análise dos Indicadores Empíricos.....	84
CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
ETAPA 1: ENTREVISTAS INDIVIDUAIS	101
5.1 Percepções e Conceituações em Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Desastres.....	102
5.2 A Relação dos Entrevistados com a Temática.....	113
5.3 Sugerindo Diretrizes Orientadoras de uma Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres no Brasil.....	128
5.4 Identificando e Reconhecendo Atores.....	144
5.5 Refletindo e Propondo Estratégias de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres.....	160
5.6 Refletindo Desafios na Conjuntura Atual.....	175
ETAPA 2: GRUPOS FOCALIS	191
Resultados e Discussão dos Materiais Produzidos Pelos Grupos Focais:.....	191

5.7 Questão 1 – Concepções	192
5.8 Questão 2 - Atores	198
5.9 Questão 3 - Propondo princípios e diretrizes	203
ETAPA 3: ASSEMBLEIA.....	214
Resultados e Análise das Produções Conjuntas da Assembleia do I SISMGIRD.....	214
5.10 Conceito de Desastre	214
5.11 Conceito de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Gestão integral de Riscos e de Desastres	217
5.12 Desafios para Elaboração de Estratégias de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em desastres.....	218
5.13 Proposições e Análises das Diretrizes Sugeridas	219
5.14 Ações Relacionadas às Diretrizes	220
CAPÍTULO 6 – IMPLICAÇÃO DO ESTUDO: SUBSÍDIOS PARA A CONFORMAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE DESASTRES.....	223
6.1 Diretrizes.....	223
6.2 Ações a Serem Delineadas nas Fases de Prevenção, Mitigação, Preparação, Resposta e Reconstrução.....	226
CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	241
REFERÊNCIAS	249
ANEXOS	261
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS ENTREVISTADOS	262
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAL.....	264
ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS ENTREVISTADOS INDIVIDUALMENTE	266
ANEXO D- ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL	268
ANEXO E - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O I SISMGIRD	271
ANEXO F - TEXTOS QUE SUBSIDIARAM AS DISCUSSÕES	274

Lista de Siglas e Abreviaturas

BM - Banco Mundial

CEDEC - Coordenadorias Estaduais de Defesa Civil

CNPED\CFP - Comissão Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres do Conselho Federal de e Psicologia

CENAD - Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres

Centro de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED)

CF - Constituição Federal

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CGVAM - Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças

COMDEC - Coordenadorias Municipais de Defesa Civil

CNPGIRD- CFP - Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres do Conselho Federal de Psicologia

CONDEC - Conselho Nacional de Defesa Civil

CONPDEC - Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil

CORDEC - Coordenadorias Regionais de Defesa Civil

CRAS - Centros de Referência e Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializada em Assistência Social

CRID - Centro Regional de Información sobre Desastres - América Latina e Caribe

CRP - Conselho Regional de Psicologia

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

EIRD - Estratégia Internacional para a Redução de Desastres

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FNS - Força Nacional do SUS

GADE - Grupo de Apoio a Desastres

GF - Grupos Focais

MH - Marco de Hyogo

MS – Marco de Sendai

MC - Ministério das Cidades

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social

MIN - Ministério da Integração Nacional

MSF – Médicos Sem Fronteiras ou Médecins Sans Frontières

NEPED - Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres

NUDEC - Núcleos Comunitários de Defesa Civil

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SEDEC - Secretaria Nacional de Defesa Civil

SFDRR – Sendai Framework for Disaster Risk Reduction

SINPDEC - Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil

SINEP - Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

SISMGIRD - I Simpósio Internacional em Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e de Desastres

SNE – Sistema Nacional de Educação

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretária de Vigilância em Saúde

UNISDR- United Nations Office for Disaster Risk Reduction

UBS: Unidade Básica de Saúde

VIGIDESASTRES - Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Associados aos
Desastres

Lista de Tabelas

Tabela 1. Danos Humanos x Tipo de Evento (Quantitativo Humano)	25
Tabela 2. Percentual de Municípios Atingidos por Região.....	25
Tabela 3. Quadro descritor da amostra.....	77
Tabela 4. Relação Nominal dos Participantes da Primeira Etapa da Pesquisa.....	80 e 81

CAPITULO 1. APRESENTAÇÃO DO TRABALHO

Passada mais de uma década de trabalho voltado à saúde pública brasileira e às intervenções humanitárias em desastres (inter)nacionais, reconheci a necessidade de produzir novas percepções a partir da práxis cotidiana do cuidado psicossocial e de saúde mental aos sobreviventes e trabalhadores de eventos extremos. Em 2011 decidi aprofundar reflexões e concepções, por meio do mestrado, a fim de compreender os sentidos, percepções e sofrimentos atribuídos ao cotidiano do processo de cuidar; propus-me ainda a conhecer como a construção de sentidos voltados para o cuidado participa no processo de subjetivação dos trabalhadores em saúde, além de analisar os sentidos atribuídos ao cuidado de si e do outro durante a fase aguda de desastres, por meio de narrativas escritas (Noal, 2014).

Nesse processo de aprimorar e delinear novas construções junto a pares acadêmicos, ingressei no Mestrado em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde (PG-PDS), na Universidade de Brasília, no ano de 2012, e na sequência me deparei com a necessidade de pensar estratégias de intervenção psicossocial e saúde mental baseadas na gestão integral de riscos e de desastres que pudessem ser utilizadas, na conjuntura brasileira, de forma coordenada junto às políticas públicas de saúde já existentes. Nesse sentido, optei por desenvolver meu objeto de estudo junto à equipe do doutorado do mesmo programa onde fiz o mestrado, em 2014.

No decurso de minha trajetória profissional, em meio a desastres (inter)nacionais de dimensões e impactos superlativos, dispus-me a cuidar muitas vezes de sobreviventes, e, em outras de trabalhadores e gestores, em terremotos, guerras, conflitos armados, deslocamentos forçados, desnutrição severa, conflitos étnicos, epidemias, deslizamentos de terra e inundações bruscas, em três diferentes continentes (América, Ásia e África). A experiência adquirida no trabalho direto com diferentes gestores, trabalhadores, populações, culturas e políticas públicas, nos 40 países percorridos ao longo desses anos, me permitiu atentar de forma particular às

estratégias de cuidado entrelaçadas a perspectivas culturais, vivenciadas particularmente a partir da vivência junto a populações de países como Haiti, República Democrática do Congo, República Dominicana, Guiné-Conacri, Brasil, Líbia, Quirguistão e Sudão do Sul.

Somado a essas experiências, no ano de 2013, uma pesquisa desenvolvida para a organização humanitária internacional Médicos Sem Fronteiras (Noal & Stienen, 2013), permitiu-nos analisar a situação dos estados brasileiros no que concerne à capacidade de planejamento e respostas a desastres. Nesse estudo, durante cinco meses foram estabelecidas visitas às cinco regiões do país, onde foram realizadas reuniões com os gestores nacionais, estaduais e municipais responsáveis pela temática das emergências, desastres e catástrofes, a fim de melhor compreender o sistema e as estratégias utilizadas no Brasil. Nessa pesquisa, através de observações participantes e entrevistas semi-estruturadas junto a gestores, trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e organismos não-governamentais, percebemos a lacuna existente na construção de uma cultura de gestão de riscos e de desastres em todo o território nacional (Noal & Stienen, 2013).

É importante salientar que embora as palavras “coordenação” e “medidas preventivas” tenham sido registradas pela primeira vez no Brasil, no final da década de 1980, antevendo a criação do Sistema Nacional de Defesa Civil, que foi criado em 1988 (CEPED-UFSC, 2014), os resultados da pesquisa (Noal & Stienen, 2013) evidenciaram que os estados brasileiros visitados não possuíam, até aquele momento, estratégias de saúde mental ou atenção psicossocial em seus planos de ação, bem como não haviam elencado as demandas oriundas desse espectro, e, tampouco haviam identificado e treinado profissionais que pudessem trabalhar na promoção, mitigação, prevenção, resposta e reconstrução em desastres, evidenciando a vulnerabilidade dos estados em relação às demandas da saúde mental e atenção psicossocial na GIRD.

Se considerarmos o histórico sócio-político-cultural nacional, estudar a problemática dos desastres no Brasil se justifica pela curva ascendente em relação ao quantitativo e à intensidade dos desastres. Soma-se a essa, o fato de que as pesquisas nacionais apontam para a necessidade da conformação de políticas públicas de saúde que considerem a atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e de desastres (MIN, 2012, 2013). Justifica-se, ainda, pela necessidade latente de identificar subsídios que auxiliem na atuação das equipes de saúde mental e atenção psicossocial em situações de riscos e de desastres.

Ademais, esta pesquisa se legitima em decorrência das previsões estabelecidas pela Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (UNISDR, 2012a). No ano de 2012, a organização publicou que o número de desastres relacionados às ameaças naturais (com impactos ascendentes) dobraria, tendo em vista o aumento da densidade populacional, os problemas relacionados ao desenvolvimento não sustentável e a fragilidade dos sistemas de proteção. A agência reportou também, a imprescindibilidade de sistematizar documentos e registros que possibilitem a tessitura de ferramentas para o enfrentamento a situações que colocam a vida de humanos em risco.

Kirmayer, Kienzler, Afana & Pedersen (2010) revelam que, à medida que a densidade demográfica aumenta e o desenvolvimento tecnológico se expande, a escala dos desastres tem sua proporção e impacto aumentados. As mudanças climáticas, as disparidades econômicas e os conflitos políticos precisam fazer parte da análise do todo e servem como indicadores para determinar a complexidade dos desastres nos próximos anos.

Atrelado às consignas descritas anteriormente, elencamos o fato de que a preocupação em estudar, monitorar e acompanhar fenômenos dessa natureza é relativamente recente na conjuntura global. Guimarães, Guerreiro & Saraiva Peixoto (2008), remetem aos anos 1990 a primeira tentativa da ONU em investir na Redução de Riscos e de Desastres nomeando-a como a “Década Internacional de Redução dos Desastres”. Na sequência, a conferência de Hyogo, em

2005, consolidou e promoveu estratégias de redução de riscos e de desastres no âmbito internacional que contemplassem a dinâmica integral que circunda o desastre, considerando: a prevenção, a mitigação, a preparação, a resposta e a recuperação (UNISDR, 2013).

Ao analisar as produções disparadas pelo Marco de Hyogo (UNISDR, 2005), é possível reconhecer o quão recente são os investimentos na discussão mundial dos riscos, atuais e futuros, bem como na compreensão acerca do papel das instituições e das sociedades na prevenção de novos desastres.

Passado o período inicial de sensibilização para a problemática, a comunidade internacional reuniu-se novamente na tentativa de avaliar e consolidar parte desses tímidos investimentos pós Marco de Hyogo, configurando uma nova meta mundial por meio do Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015 – 2030 (UNISDR, 2015), do qual o Brasil e outros 186 países são signatários. Tal Marco apresenta-se como um documento que cinge sobre:

- Riscos de pequena e grande escala;
- Riscos de frequência intensa ou eventual;
- Desastres súbitos e de desenvolvimento lento;
- Desastres causados por ameaças naturais ou por ação antrópica;
- Riscos e perigos ambientais, tecnológicos e biológicos;

Tendo por objetivo guiar o gerenciamento dos desastres a partir de um enfoque multisetorial e de múltiplos riscos, o Marco de Sendai (UNISDR, 2015) estabeleceu diretrizes e metas para uma articulação coerente entre as demandas dos níveis: local, regional, nacional e global, reforçando as ações de reconstrução e saúde, e definindo as responsabilidades de toda a comunidade implicada direta e/ou indiretamente. O Marco de Sendai se propôs a alcançar, em um intervalo de 15 anos, a redução substancial: dos riscos de desastres; das perdas de vidas; dos

danos aos meios de subsistência e saúde; da perda dos ativos econômicos, físicos, sociais, culturais e ambientais das pessoas, empresas, comunidades e países.

A globalização da economia, segundo o SFDRR (UNISDR, 2015), fomentou o crescimento econômico de alguns países, no entanto acarretou também o aumento da exposição da população mundial a riscos iminentes, visto que parte desses novos investimentos, privados e públicos, se concentrou em áreas de risco iminente à deslizamentos, enchentes, ciclones, tsunamis, bacias hidrográficas propensas à inundações e cidades predispostas a terremotos. O documento reitera ainda que o desenvolvimento urbano não planejado, ou planejado de forma equivocada, potencializa a degradação ambiental, a pobreza e a desigualdade. Salienta também que mecanismos fracos de governança continuam a estimular perdas e danos associados a riscos extensivos devido ao crescimento desordenado. Tal situação acarreta impactos negativos sobre as famílias de baixa renda, geralmente já expostas a outros tipos de vulnerabilidade.

Em relação ao histórico dos desastres mundiais, referente às ameaças naturais, a UNISDR aponta que anualmente uma média de 102 milhões de pessoas são afetadas por enchentes, 37 milhões por ciclones, furacões ou tufões, e quase 366 mil por deslizamentos de terra. Entre 2002 e 2011 foram registrados 4.130 desastres naturais no mundo, sendo que em 30, destes mais de um milhão de pessoas, faleceram e, na média do período, 23% dos desastres aconteceram em território americano, de acordo com o mesmo órgão das Nações Unidas (UNISDR, 2012).

Sob o prisma nacional, o Centro de Pesquisa em Epidemiologia de Desastres (CRED, 2009), baseado nas informações da Base de Dados Internacional de Desastres (EM-DAT), aponta o Brasil como um dos países mais afetados por desastres. Vale lembrar que, no breve recorte de tempo entre 1990 e 2000, foram registrados 12.693 desastres, como: inundações, vendavais e ciclones (MIN, 2012). Esse estudo pioneiro, encomendado pelo Ministério da Integração Nacional ao Centro de Estudos e Pesquisas em Desastres da Universidade Federal de Santa

Catarina (CEPED/UFSC), retrata o aumento e prevê a duplicação da frequência dos desastres naturais em território nacional nos próximos 20 anos.

Segundo o estudo acima citado, intitulado de “Atlas Brasileiro de Desastres Naturais” (MIN, 2013b), entre os anos 1990 e 2011, o país apresentou um aumento na ocorrência de desastres relacionados às ameaças naturais e às ações sócio-naturais (ação do homem na natureza), contabilizando um montante de 31.909 desastres no período analisado. Destes, 8.671 desastres foram contabilizados na década de 1990 e 23.238 na década seguinte, configurando assim um aumento significativo desses registros.

Embora os números sejam alarmantes, não é possível afirmar com precisão em qual percentagem esses desastres aumentaram nos últimos anos, tendo em vista as inconsistências nos registros das últimas décadas, as falhas no armazenamento dos dados e a informatização recente dos sistemas oficiais de registros em Proteção e Defesa Civil e Saúde no Brasil, vinculados a situações de desastres. O estudo encomendado pelo Ministério da Integração Nacional, publicado no ano de 2012, confirma ainda a prospecção internacional por meio da linha progressiva do crescimento dos desastres em território brasileiro.

Dois anos após o lançamento do Atlas Brasileiro de Desastres Naturais (MIN, 2013b), foi publicado o Anuário Brasileiro de Desastres Naturais (MIN, 2014), um documento produzido pelo Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD), órgão que integra a Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil (SEDEC), do Ministério da Integração Nacional. Tal documento discorre sobre os principais desastres ocorridos no Brasil em 2013, com o objetivo de conhecer o perfil de desastres em nosso país. Segundo o Anuário Brasileiro de Desastres Naturais (MIN, 2014), os desastres denotam um significativo impacto na sociedade brasileira. Em 2013, foram oficialmente registrados 493 desastres, os quais causaram 183 óbitos e afetaram 18.557.233 pessoas (Tabela 1). No que concerne os municípios, 4.433 foram afetados (Tabela 2), sendo que 70,99% deles devido à seca/estiagem.

Tabela 1
Danos Humanos x Tipo de Evento (Quantitativo Humano)

	Óbitos	Feridos	Enfermos	Desabrigados	Desalojados	Desaparecidos	Outros	Afetados
Alagamentos	4	279	4.306	44.330	48.260	0	180.641	277.820
Chuvas intensas	30	468	3.607	25.585	103.278	5	1.604.303	1.757.668
Deslizamentos	41	133	88	6.721	6.843	0	219.530	233.356
Enxurradas	38	787	2.324	17.266	118.074	92	778.694	931.608
Erosão	1	86	466	2.826	3.964	0	343.906	351.249
Estiagem	9	5.020	68.047	2.040	10.009	2	11.194.527	11.953.305
Geadas	0	0	0	0	0	0	0	0
Granizo	1	95	8	5.551	9.967	0	160.315	176.936
Incêndios florestais	0	0	139	113	145	0	2.970	3.367
Inundações	36	1.461	13.283	59.023	208.274	6	1.083.402	1.389.454
Vendaval	4	166	33	4.553	6.552	0	107.432	123.735
Outros	19	78	67.395	7.601	1.039	0	1.282.603	1.358.735
TOTAL	183	8.573	159.696	175.609	516.405	105	16.958.323	18.557.233

Nota: Anuário Brasileiro de Desastres Naturais, Ministério da Integração Nacional, 2014, p. 45.

Tabela 2

Percentual de Municípios Atingidos por Região

	QUANTIDADE DE MUNICÍPIOS ATINGIDOS	% DE MUNICÍPIOS ATINGIDOS
CENTRO-OESTE	95	2,14%
NORDESTE	2.893	65,26%
NORTE	145	3,27%
SUDESTE	746	16,83%
SUL	554	12,50%
TOTAL	4.433	100%

Nota: Anuário Brasileiro de Desastres Naturais, Ministério da Integração Nacional, 2014, p. 46.

Ancorados nos dados acima citados, que confirmam o número expressivo de desastres no território nacional, investigar um tema dessa natureza se legitima, ainda, pelo fato de que, até

este momento, órgãos de referência nacional para profissionais da atenção psicossocial e saúde mental em desastres, como os Ministérios da Saúde, da Integração Nacional e do Desenvolvimento Social, por exemplo, têm um déficit na produção de documentos oficiais, guias e protocolos de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, específicos para situações de riscos e de desastres, condizentes com as características sócio-político-culturais brasileiras.

No que concerne à formação acadêmica, ainda que, em alguns cursos brasileiros de ensino superior, como o de psicologia, por exemplo, as Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Professores, tenham sido flexibilizadas, possibilitando uma maior autonomia do processo formativo (CNE/CES, 2004, 2011), ainda são raros os cursos que incluem a temática dos desastres no âmbito da graduação e pós-graduação.

Na tentativa de dirimir as distâncias entre a produção acadêmica e as demandas concernentes aos desastres, no ano de 2001 surgiu o primeiro, da dezena de Centros de Estudos e Pesquisas em Desastres no Brasil. Os Centros de Estudos e Pesquisas sobre Desastres (CEPED) são grupos interdisciplinares de estudo, pesquisa e extensão que, por meio de parcerias e termos de cooperação técnica, desenvolvem ações, projetos e formações na área da gestão integral do risco de desastres. Esse modelo se caracteriza pela atuação da academia junto a organismos federais, estaduais, municipais, internacionais e da sociedade civil visando o fortalecimento do Sistema Nacional de Proteção.

O Centro de Estudos e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPED-UFSC), em 2001, de forma pioneira pautou-se na Teoria do Risco para embasar as ações e projetos a serem desenvolvidos por esse Centro. Parte da justificativa se fundamentou na “importância de dar respostas à atual sociedade que sofre as consequências do modo de produção

extrativista predominante na história humana, destacadamente nos últimos séculos” (CEPED, 2018¹).

O CEPED-UFSC, ao justificar sua conformação, afirmou que o “crescimento demográfico, ocupações de solo inadequadas e desenvolvimento tecnológico desassociado de sistemas de segurança, têm provocado desastres naturais e antropogênicos de danos e prejuízos superiores aos provocados por guerras” (CEPED, 2018, sp.). Como maneira de diminuir tais consequências, o CEPED-UFSC (2018) indica a necessidade de aumentar a percepção de risco nacional e de um desenvolvimento econômico e tecnológico mais atento aos padrões de segurança das populações.

Após o surgimento do CEPED-UFSC, outros Centros de Estudos e Pesquisas em Desastres (CEPED) no Brasil iniciaram o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisas e extensão relacionadas à redução de riscos de desastres através de cooperações técnicas entre esses centros de pesquisa e entidades governamentais. Enfatizamos aqui, que a maior parte das pesquisas e projetos não lança luz a conhecimentos específicos na área do cuidado e desenvolvimento humano que possibilitem a conformação de estratégias de cuidado de atenção psicossocial e saúde mental em situações de desastres por meio de políticas públicas nacionais.

Ao encontro dessa afirmativa, a pesquisa realizada no ano de 2016 junto ao grupo de pesquisa em Atenção Psicossocial e Saúde Mental na GIRD que conformei na Universidade de Brasília (Magrin, Noal, Weintraub, Almeida & Torres, 2016), se propôs a identificar e mapear nas maiores universidades brasileiras, contemplando as cinco regiões do país, as disciplinas referentes à temática dos desastres e catástrofes, concernentes à formação destes profissionais do campo da psicologia que atuam ou irão atuar em situações dessa natureza. Como método de

¹ Centro Universitário de Pesquisa e Estudos sobre Desastres. (n.d). Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia Civil. Institucional: Quem somos. Recuperado de: <http://www.ceped.ufsc.br/institucional/> em 07 de julho de 2018.

pesquisa, estabelecemos uma busca por referenciais bibliográficos que subsidiassem a pesquisa e, na sequência, elegemos cinco universidades públicas, utilizando como critério de escolha as universidades com maior número de alunos por região, são elas: Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal do Pernambuco (UFPE), Universidade de Brasília (UnB), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foram utilizados para análise sistemática, os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos cursos de graduação em Psicologia das referidas universidades (Magrin et al., 2016).

Como resultado da pesquisa observamos que dentre as inúmeras disciplinas dos PPP nenhuma estava relacionada ao estudo, atuação, intervenção ou pesquisa da psicologia, ou saúde mental, em situações de desastres ou catástrofes. Como conclusão, apontamos a grande lacuna no cenário da formação dos profissionais da psicologia formados pelas maiores universidades públicas brasileiras das cinco regiões do país, bem como a dificuldade de acompanhar a demanda emergente e ascendente da realidade da população afetada por desastres em território nacional. Como considerações finais dessa pesquisa, sugerimos que houvesse investimentos e adequações no sistema de formação destes profissionais, a fim de que estejam atrelados às pesquisas que vem demonstrando a ascendência dos desastres, bem como a importância de prestar um cuidado adaptado às especificidades e singularidades das diferentes regiões brasileiras, incentivando a inclusão de disciplinas desta natureza ainda na graduação dos profissionais brasileiros (Magrin et al., 2016).

Em consonância com os achados de Magrin et al. (2016), no decurso da elaboração desta tese, percebemos que os cursos e formações existentes, até a presente data, tem em sua ampla maioria enfoques voltados ao cuidado clínico ou psicopatológico. As poucas formações na área de saúde mental ou atenção psicossocial em Gestão Integral de Riscos e de Desastres, quando encontradas, geralmente não abordam a conformação de estratégias coletivas de cuidado que

abarcuem e insiram no cerne de suas estratégias de cuidado as políticas públicas existentes, bem como, as prerrogativas sócio-econômico-culturais dos coletivos afetados.

Em um raro contraponto às considerações acima expostas, no ano de 2010, foi oferecido pela Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil, em parceria com o Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPED-UFSC), um curso abordando as “Contribuições da Psicologia na Gestão de Riscos e de Desastres”. O curso teve como intuito sensibilizar os agentes de Defesa Civil para temas ligados à subjetividade humana; apresentar aos psicólogos, estudantes de psicologia e profissionais de áreas afins, a Política Nacional de Defesa Civil, seus conceitos, práticas e principais desafios; aprimorar a atuação dos psicólogos e profissionais de áreas relacionadas em ações que visem contribuir para a construção da resiliência comunitária; mostrar diferentes possibilidades da atuação dos psicólogos nas quatro fases de atuação da Defesa Civil. O conteúdo abordado no material didático do curso oferecido pelo CEPED-UFSC ponderou a utilização das políticas públicas no cuidado de saúde mental em desastres (MIN, 2010).

Em consonância com a construção histórica recente da atenção psicossocial e saúde mental em gestão integral de riscos e de desastres, aqui apresentada, somada à demanda emergente da comunidade global em desenvolver tecnologias de produção de cuidado a eventos extremos, considerando as lacunas existentes na produção educacional de ensino, pesquisa e extensão voltada para o tema, buscamos através desta tese aprofundar os estudos e construções que viemos desenvolvendo nessa área no decurso de uma trajetória de trabalho junto à saúde pública brasileira e a ajuda humanitária internacional no campo de intervenção e pesquisa de AP e SM na GIRD.

Nesses termos, por meio de parcerias estabelecidas junto a pesquisadores de centros de pesquisas nacionais e internacionais tivemos como intuito estabelecer análises sistemáticas de documentos, entrevistas, relatórios, protocolos e guias de cuidado em situações de desastres que

permitam compreender os modelos, estratégias e políticas de atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de desastres que sejam compatíveis com as demandas da população brasileira bem como, considere as políticas públicas nacionais. Diante do exposto, nos propomos a refletir e analisar, junto aos principais atores partícipes de desastres no território nacional, diretrizes e ações que ofereçam subsídios para a conformação de uma estratégia nacional de saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de desastres para o Brasil.

Pressupostos da tese

No que concerne aos pressupostos centrais desta tese, consideramos que:

- As equipes do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), em sua grande maioria ainda apresentam percepções de atenção psicossocial e saúde mental em desastres voltados para a fase de resposta e não para uma gestão integral de riscos e de desastres;
- Parte dos desafios de conformar uma estratégia nacional de gestão integral de riscos e de desastres em saúde mental e atenção psicossocial está ancorada na ausência de um processo de educação permanente condizente com a demanda e a realidade da situação brasileira;
- As estratégias de atenção psicossocial e saúde mental em desastres apresentadas pelos gestores são elaboradas no momento em que o desastre já está instaurado, sem uma abordagem baseada na teoria da gestão integral de riscos e de desastres.

Com a intenção de nos aproximarmos da problemática da pesquisa esta tese está organizada em sete capítulos: No capítulo 1 (Apresentação do Trabalho), introduzimos a implicação com o tema e estabelecemos uma aproximação com a temática a ser pesquisada. No capítulo 2 (Uma geografia dos conceitos: desastres e suas concepções), abordamos as produções referentes aos respectivos temas: cuidado em desastres; atenção psicossocial e saúde mental em

desastres na perspectiva das políticas públicas de saúde; cultura e atenção psicossocial em desastres; desastres e o impacto na atenção psicossocial e saúde mental. No capítulo 3 (Entrelaçamentos entre cuidado e cultura em desastres: a perspectiva da saúde mental global), discorreremos sobre o processo de cuidado a nível mundial nos temas da AP e SM, bem como a sua influência na conformação de estratégias de cuidado em desastres.

No capítulo seguinte, capítulo 4 (Metodologia), apresentamos os objetivos dessa tese, a forma como foi delineada a pesquisa de campo, os resultados e a forma como foi estruturado o processo de análise desses para alcançarmos os objetivos propostos. No capítulo 5 (Resultados e Discussão), por sua vez, apresentamos os resultados, reflexões e análises concernentes as três etapas da pesquisa: entrevistas individuais, grupos focais e assembleia. No capítulo 6 (implicação do estudo: subsídios para conformação de uma estratégia nacional de saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de desastres), estruturamos um compilado de diretrizes e ações, como parte de uma produção de conhecimentos coletivos, oriundos dessa pesquisa. No 7, e último capítulo (Considerações Finais) discorreremos acerca dos sentidos construídos ao longo desta tese e os desafios que o tema impõe no cenário nacional.

REVISÃO DE LITERATURA

CAPITULO 2. UMA GEOGRAFIA DOS CONCEITOS: DESASTRES E SUAS CONCEPÇÕES

Numa perspectiva histórica, seres humanos têm interagido com ameaças, eventos abruptos e a possibilidade de morte iminente, entretanto, é apenas a partir da Segunda Guerra Mundial que os estudos concernentes à temática tiveram seu marco inicial registrado (Quarentelli, 1998). Desse período até o presente momento não é possível identificar uma base conceitual padrão a respeito do termo, tampouco um consenso entre os pesquisadores da área.

Embora não haja um consenso sobre a definição do termo desastres (Quarantelli, 1998), visto que os desastres são categorizados conforme as diferentes perspectivas específicas dos atores atuantes no evento, é notório que os pesquisadores tomam como referência características basilares como dimensão do território afetado e capacidade de enfrentamento a este para identificá-lo.

A partir da década de 1970, o contexto social onde os desastres acontecem passa a fazer parte da análise e compreensão desses eventos, passando a ser objeto de estudo das pesquisas oriundas das ciências sociais (Marchezini, 2009). A inclusão da temática da saúde mental e da atenção psicossocial em desastres, por sua vez, é entendida como interligada a um conjunto de estratégias, técnicas e modelos de cuidado, voltados para grandes grupos e coletivos populacionais em eventos e situações específicas que demandam intervenções céleres e multifacetadas das equipes.

Pelo termo cuidado entendemos, nesta pesquisa, a busca por oferecer condições para um ser humano habilitar-se na condução de seu viver de forma integral e digna. Nesse sentido, abordamos o empenho das equipes em atentar para as peculiaridades, complexidades e segmentações, que a vida humana apresenta, tendo em conta que as exigências humanas partem da sobrevivência básica até a plenitude do prazer. Em nossa concepção de cuidado contemplamos

também a capacidade de prover acolhimento e atenção às várias dimensões e necessidades das pessoas, dos coletivos e das populações durante uma situação de desastre (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Arendt, 2007).

A fim de definir o termo “emergências complexas”, Toole e Waldman (1997) o descrevem como sendo um desastre social assinalado pela destruição política, econômica, estrutural, cultural e de cuidados voltados para a população afetada. Para Kirmayer et al. (2010) tal termo corresponde a uma situação marcada pela destruição da infraestrutura social, econômica e política de uma população.

Por “*emergência complexa*”, nesta tese, abordamos a conjuntura multiforme disparada e existente de forma concomitante a uma série de eventos, abrangendo processos com características díspares. No intuito de estabelecer um recorte e aprofundar a análise, enfatizamos aqui os desastres abruptos, visto que estes eventos ultrapassam a capacidade de resposta de uma localidade de forma vertical, demandando auxílio externo, e que, eventos como catástrofes, de uma magnitude maior, acontecem com menor frequência no cenário nacional. Dentre os eventos coletivos complexos abordaremos aqui a dimensão de seu impacto por meio dos termos: eventos críticos, desastres e catástrofes.

Salientamos a importância de compreender o desastre a partir do contexto sócio-político-cultural onde ele se insere. Ao nomear um evento como “desastre” consideramos aqui as variáveis físicas, psíquicas, sociais, políticas, econômicas, culturais e outras que possam estar implicadas ao processo de emergência e manutenção deste.

Em conciliação com as premissas acima apresentadas, nesta pesquisa os determinantes para que um ou mais fenômenos físicos sejam considerados perigosos para uma população ou comunidade serão os fatores de vulnerabilidade das comunidades, atividades humanas e ecossistemas existentes.

Sob o prisma das bases teórico-conceituais publicadas pelo Centro Internacional de Formação da Organização Internacional do Trabalho (CIF-OIT, 2012), para a educação de trabalhadores e gestores de defesa civil nacional, utilizaremos como conceito de ameaça aquele atrelado a tipologia de desastres: Ameaças sócio-naturais. Entendendo que as ações humanas interferem e denotam o perigo aos fenômenos da natureza, sendo, desse modo, percebidas como agentes potencializadores e/ou disparadores da magnitude dos impactos.

Em nossa perspectiva, os desastres evidenciam as vulnerabilidades cotidianas, apresentando-se como um produto da intervenção humana sobre o ambiente em que vivem, denunciando, entre outros pontos, a fragilidade estrutural, política e econômica do local onde este acontece, bem como a dificuldade na articulação entre as especialidades científicas que atuam nesse campo (Marchezini, 2009).

Pelo termo ameaça, tratamos da estimativa de ocorrência e magnitude de um evento adverso ou acidente determinado, expressa em termos de probabilidade estatística de concretização do evento e provável magnitude de sua manifestação (Furtado, Oliveira, Dantas, Souza & Panceri, 2013). De forma complementar, a Estratégia Internacional para Prevenção de Riscos e de Desastres (EIRD, 2009), nos apresenta um conceito de “ameaça” como um fenômeno, uma substância, uma atividade humana ou uma condição perigosa que pode ocasionar a morte, lesões ou outros impactos à saúde, bem como danos à propriedade, perda de meios de sustento e de serviços, transtornos sociais e econômicos ou danos ambientais.

No que concerne à magnitude destes eventos, diferenciaremos os conceitos de desastres e catástrofes, conforme já o fizemos anteriormente em outra publicação, entendendo que:

desastres alteram, comprometem e interferem nos processos de desenvolvimento humano, podendo afetar de diferentes formas a saúde, a infraestrutura, as crenças e perspectivas de vida. Desastres são, assim, interrupções graves do funcionamento

cotidiano de uma comunidade que acarretam perdas humanas/materiais/econômicas/ambientais que excedem a capacidade da sociedade afetada fazer frente à situação, por meio de seus próprios recursos. (...) causam um grande número de vítimas, provocam destruição material significativa e desorganização social pela destruição ou alteração das redes funcionais (Noal, Weintraub, Vicente & Knoblock, 2013, p.4).

Pelo termo catástrofe, nos aproximamos do conceito de Quarantelli (citado em Marchezini, 2009), onde descreve que esta é assim denominada, na medida em que a infraestrutura de transporte, eletricidade, água, comunicação, entre outros serviços básicos, encontram-se gravemente comprometidos, necessitando de auxílio externo para retomar a estabilidade de uma situação de rotina.

Retomando a definição de desastres, nos apoiaremos ainda no conceito utilizado pela Comissão Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres do Conselho Federal de Psicologia (CNPED-CFP, 2016), para estes, a nomenclatura desastre depende da perspectiva daquele que o nomeia e do lugar que ele ocupa nesta interação com o evento. Para o CNPED-CFP, tal evento acarreta em uma ruptura do funcionamento habitual de um sistema ou comunidade, devido aos impactos ao bem-estar físico, social, psíquico, econômico e ambiental de uma determinada localidade. Da mesma forma, ocasiona destruição estrutural e/ou material significativa e altera a geografia humana, provocando desorganização social pela destruição ou alteração de redes funcionais.

Em continuidade, o CNPED-CFP (2016) aponta que os desastres podem provocar medo, horror, sensação de impotência, confrontação com a destruição, com o caos, com a própria morte e/ou de outrem, bem como perturbação aguda em crenças, valores e significados. Esse conceito reforça a ideia de que as reações advindas de um evento dessa natureza são normais dentro de uma situação anormal. Para que de fato aconteça um desastre é necessária a combinação de um

conjunto de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos.

Embora o termo desastre seja utilizado para referir-se a uma multiplicidade de eventos com características díspares, enfocaremos a atenção psicossocial e a saúde mental em desastres a partir da interlocução destas com as ameaças sócio-naturais. Compreendemos que os desastres estão em todas as suas formas relacionados aos contextos sócio-político-culturais onde eles se apresentam, além do que, ao nomear um evento como desastre é preciso considerar variáveis físicas, psíquicas, sociais, políticas, econômicas, culturais, entre outras, que estejam implicadas ao processo de emergência e manutenção deste.

Por conseguinte, Quarantelli (2000) defende que o termo desastre seja utilizado quando quatro definições possam ser aplicadas, são elas: (a) quando numa situação de desastre, mais instituições e grupos sociais são envolvidos no seu manejo, de maneira rápida, se comparado à situação de normalidade; (b) durante um desastre, a comunidade atingida deve lidar com a perda relativa de sua autonomia e de sua liberdade de ação, ficando sujeita a normas excepcionais no que diz respeito, por exemplo, ao ir e vir e à sua rotina diária; (c) a resposta a desastres costuma ser medida por indicadores diferentes dos da normalidade, por exemplo, no que diz respeito ao atendimento em saúde, aos prazos dados para a gestão de benefícios sociais e para a concessão de recursos para obras públicas e; (d) quando um desastre redefine as linhas divisórias entre o público e o privado: o desastre torna público o privado; é preciso, muitas vezes, intensificar e salientar a magnitude do sofrimento privado para legitimar a nomenclatura do evento público enquanto desastre.

No tocante às políticas públicas de saúde no Brasil, “desastre” é definido como um “evento que configure situação de emergência ou estado de calamidade pública, reconhecidos pelo Poder Executivo Federal nos termos da Lei nº 12.340, de 1º de dezembro de 2010, e que implique atuação direta na área de saúde pública”. Vale lembrar que a Lei nº 12.340 foi revogada

pela lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012, entretanto, nesta última, não é ofertado um novo conceito.

Ainda no que concerne ao termo desastre, sob o prisma da saúde pública, o Plano Nacional de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública “considera a qualificação e a quantificação dos danos humanos e materiais após a ocorrência de um fenômeno natural (chuvas intensas ou prolongadas, deslizamento etc.)” (MS, 2011). Em continuidade, o PNPRES considera que os

desastres se definem por seu efeito sobre as pessoas e sobre a infraestrutura dos serviços de saúde. Os principais efeitos de um desastre sobre a saúde humana são ferimentos, óbitos, traumatismos, surtos e epidemias por doenças decorrentes de um desastre ou pela exposição climática após um evento. Desastres de grande magnitude podem provocar transtornos psicossociais para a população afetada; muitas vezes, mais graves que os danos físicos e perduram no tempo se não forem bem manejados (MS, 2011, p.8).

Por sua vez, o Decreto nº 7.616, esclarece que, reconhece como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), as “situações que demandem o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública” (Decreto 7.616 de 2011a, art. 2º e 3º), sendo declarada em virtude da ocorrência das seguintes situações: I - epidemiológicas; II - de desastres; ou III - de desassistência à população.

Segundo o programa específico para o acompanhamento de desastres no Ministério da Saúde, o VIGIDESASTRES², os eventos tendem “(...) a se constituir numa ameaça ou perigo, podendo resultar em desastre quando houver ruptura do funcionamento normal de um sistema

² Ministério da Saúde (2017). *VIGIDESASTRES*. Recuperado em 20 de maio, 2017 em <http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-ambiental/vigidesastres>.

ou comunidade, devido aos danos e efeitos ao bem-estar físico, social, mental, econômico e ambiental de uma determinada localidade” (MS, 2017, p.7). A Organização Pan-Americana da Saúde, por sua vez, aponta os desastres como um: “fenômeno natural ou causado pela ação humana, que produz um distúrbio massivo no sistema dos serviços de saúde, produzindo tão grande e imediata ameaça à saúde pública que o país afetado necessite de assistência externa para enfrentar a situação” (OPAS, 2017)³.

Frisamos aqui, que sendo o Brasil um país de dimensões continentais e com dotações orçamentárias destinadas à saúde, assistência social, proteção e defesa civil, dificilmente encontramos solicitações concernentes a pedidos de financiamento internacional para execução de ações em desastres. Entretanto, na última década, em eventos de diferentes magnitudes, como as inundações no estado de Alagoas (2008), os deslizamentos de terra na Região Serrana do rio de Janeiro (2011), e o incêndio da Boate Kiss em Santa Maria - RS (2013), o Ministério da Saúde brasileiro solicitou à organização internacional Médicos Sem Fronteiras, auxílio técnico para a conformação de estratégias de cuidado concernentes a saúde mental e atenção psicossocial, das respectivas populações afetadas.

Por seu turno, a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil define o termo desastres como um conjunto de indicadores, dimensões e magnitude de um evento específico. A categorização de um evento é fundamental para a elaboração de planos e estratégias compatíveis com a demanda encontrada. Nesses moldes, a nomenclatura ‘desastre’ refere-se à magnitude do impacto versus à capacidade de resposta existente no local para lidar com ele (Furtado et al., 2013).

No que tange à Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE), o qual: “Estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de

³ Recuperado em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=312:desastres-naturais&Itemid=685, 12 de julho de 2017.

calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências” (Instrução Normativa Nº 2, de 20 de dezembro de 2016), os desastres são categorizados como: naturais e tecnológicos.

No que diz respeito aos desastres tipificados como “Naturais”, enquadram-se desastres como: 1. geológicos, 2. hidrológicos, 3. meteorológicos, 4. climatológicos e 5. Biológicos. No segundo tipo, nominados de “tecnológicos”, estão relacionados os: 1. Desastres relacionados a substâncias radioativas, 2. Desastres relacionados a produtos perigosos e 3. Desastres relacionados a incêndios urbanos (Instrução Normativa Nº 2, de 20 de dezembro de 2016). Ressalta-se, entretanto, que na perspectiva desta tese, para que seja considerado um desastre é necessário considerar a inter-relação entre a atividade humana e o meio em que ele está inserido. Nosso entendimento perpassa o fato de que essa interrelação que se estabelece entre ambos, ser humano e espaço é fundamental para a existência ou não de um desastre.

No que tange à perspectiva sociológica, Valêncio, Siena, Marchezini & Gonçalves (2009, p.5) consideram que desastre: “é, antes de tudo, um fenômeno de constatação pública, de uma vulnerabilidade na relação do estado com a sociedade diante o impacto de um fator de ameaça que não se conseguiu, a contento, impedir ou minorar os danos e prejuízos”. Assim como Valêncio et al. (2009), consideramos que, para que se configure uma situação de desastre, é preciso que as etapas de uma gestão integral de riscos e de desastres não se dê de forma plena.

De forma complementar à afirmativa acima, a socióloga Norma Valêncio, em seu trabalho apresentado no Congresso Internacional da Alas, nominado de “Desastres ‘naturais’ ou genocídio velado? Subsídios para um exame sociológico do caso brasileiro” nos apresenta os desastres como sendo “acontecimentos sociais multifacetados cuja importância, numa ponta, se nutre da vulnerabilidade social precedente espelhada no espaço; noutra, alimenta essa

vulnerabilidade ao incrementar o rol de que são afetados por forças hostis e não contam com condições dignas de reabilitação ou recuperação” (Valêncio, 2011, p.4).

Favero, Sarriera & Trindade (2014, p.207), por sua vez, acreditam que muito há que se avançar no que diz respeito à definição do termo desastres no Brasil, visto que do ponto de vista científico os conceitos são importantes para que possamos classificar e delimitar fronteiras de cuidado, atuação e intervenção. Para tanto, é imprescindível considerar variáveis que permitam avaliar a dimensão das consequências do evento na vida das pessoas. Para além de um evento abrupto, um desastre é a expressão intensa da vulnerabilidade em suas distintas facetas. Os desastres evidenciam a capacidade social de resposta, podendo acarretar em processos de perdas verticais e prolongadas.

Autores como Kirmayer et al. (2010) apontam para o fato de que desastres são situações ou eventos que envolvem destruição ecológica, ameaça à vida ou lesões que afetam negativamente grande número de pessoas e que sobrecarregam a capacidade local de adaptação, normalmente acarretando em destruição de infraestrutura. Favero et al., (2014), todavia, tratam esses como um produto social que demonstra a vulnerabilidade da sociedade humana em sua inter-relação com o espaço físico e social.

No que concerne às diferenças entre a natureza dos desastres, Kirmayer et al. (2010) informam que a compreensão destes perpassa a distinção entre o evento categorizado como “natural” ou causado pelo homem. No entanto, é complexo de se estabelecer uma distinção entre esses, visto que a análise e a interpretação de um determinado evento se altera com as diferentes informações e históricos daqueles que o avaliam.

Embora as consignas do termo desastres variem de acordo com o viés daquele que o estuda, no que tange aos desastres agudos, Bonanno, Brewin, Kaniasty & Greca (2010) afirmam que são eventos que emergem de forma arrebatadora, causando danos, sofrimento, perda de vida,

afetando uma ou mais camadas sociais. Costumeiramente, de acordo com esses autores, os desastres geralmente demandam um longo tempo para que o local afetado se reestabeleça.

Enfatizamos aqui, que a maior parte dos desastres, ainda que seja classificada com o termo “natural” deriva das maneiras com que os seres humanos têm interagido com o seu território, aliado às desigualdades socioeconômicas e políticas. Desastres vinculados a ameaças naturais e antrópicas podem ocorrer concomitantemente e interagir de tal forma que fica difícil distingui-los.

A partir dos conceitos e diferentes abordagens teóricas já descritas nesta tese, utilizaremos aqui o conceito que formulamos, a pedido da Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres, vinculada ao Conselho Federal de Psicologia:

a conceituação de um evento como desastre depende da perspectiva daquele que o nomeia e do lugar que ele ocupa nesta interação com o evento. Assim, o conceito de desastre é utilizado para nomear muitos eventos e/ou processos com características distintas. Parte-se da compreensão do desastre como uma ruptura do funcionamento habitual de um sistema ou comunidade, devido aos impactos ao bem-estar físico, social, mental, econômico e ambiental de uma determinada localidade. Tal evento afeta um grande número de pessoas, ocasionando destruição estrutural e/ou material significativa e altera a geografia humana, provocando desorganização social pela destruição ou alteração de redes funcionais. Os desastres podem provocar medo, horror, sensação de impotência, confrontação com a destruição, com o caos, com a própria morte e/ou de outrem, bem como perturbação aguda em crenças, valores e significados. Para haver um desastre é necessária a combinação de um conjunto de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos. O desastre deve ser compreendido e vinculado ao contexto no qual ele ocorre, ou seja, é necessário considerar as dimensões

sócio-político-culturais de vulnerabilidade, capacidade, exposição de pessoas e bens, características e percepções dos riscos e meio ambiente (CNPGIRD-CFP, 2015).⁴

Nesta revisão de Literatura, nominada de geografia dos conceitos, é possível perceber que os desastres são concebidos nesta tese a partir da perspectiva histórico-cultural, visando, conforme nos apontam Franca e Barbato (2009), compreender as formas em que diferentes grupos e indivíduos se apropriam de novos conceitos e atividades, considerando as influências da história e da cultura no desenvolvimento humano e na aprendizagem.

Nesses termos, entendemos que tanto a construção do conhecimento científico quanto seu produto refletem o desenvolvimento e a ruptura ocorridos nos diferentes momentos da história (Andery et al., 2000). Dando continuidade à reflexão, no item 2.1 abordaremos o prisma do cuidado em desastres.

2.1 Cuidado em Desastres

Na abordagem histórico-cultural encontramos a postulação do desenvolvimento humano como sendo resultado de um processo cultural, permeado por práticas e circunstâncias culturais em intenso movimento e reconfiguração. Nesse sentido, essa abordagem considera a psicologia, antropologia, história, sociolinguística, educação, sociologia, entre outras ciências, para construir o conhecimento com base em pesquisas que incluem a observação participante da vida cotidiana, privilegiando as investigações que buscam o envolvimento com a vida habitual das comunidades estudadas, a fim de facilitar a compreensão dos fenômenos à medida que se desenvolvem (Rogoff, 2005).

Na tentativa de acompanhar parte do processo histórico do cuidado psicossocial e saúde mental em desastres no território brasileiro, é possível compreender que a apreensão com os

⁴ Definição apresentada pelas psicólogas: Débora Noal, Ana Cecilia Weintraub e Roberta Alves. Tal definição foi aprovada pelos membros da Comissão Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres do Conselho Federal de Psicologia, por unanimidade, dia 02 de junho de 2015, durante reunião anual da Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres do Conselho Federal de Psicologia.

chamados socorros públicos, perpassando as Situações de Emergência e os Estados de Calamidade Pública, pode ser constatada no país desde a sua primeira carta constitucional, no ano de 1824, ainda no período do Império. Esses registros aparecem em todas as cartas constitucionais subsequentes, no entanto, foi apenas na década de 1940, em meio à Segunda Guerra Mundial, que o governo brasileiro instituiu um órgão responsável pela proteção civil e pela atuação em Situações de Emergência e Calamidade Pública (Weintraub, Noal, Vicente e Knobloch, 2015).

A inconstância no estabelecimento de políticas públicas de cuidado e proteção à população em desastres e a dificuldade de pensar uma Gestão Integral de Riscos e de Desastres articulada entre as instituições públicas brasileiras vêm sendo registradas ao longo do processo histórico de nosso país. As pesquisadoras Furtado et al., (2013) apontam que ao fim da segunda guerra mundial as políticas públicas voltadas para o tema foram desarticuladas, sendo reestabelecidas formalmente como instituição na década de 1960 em resposta às emergências ligadas à seca na região nordeste do país. As autoras afirmam ainda que nos anos 1970, a Defesa Civil passou a instituir-se de forma mais estável, mas ainda sem registro de articulações com outros atores das políticas públicas.

No contexto contemporâneo, a Defesa Civil vem sendo arquitetada de forma a envolver os três entes federados (Estados, Municípios e União), bem como se propõe a trabalhar de forma articulada com órgãos e entidades públicas e privadas, a partir da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil, vinculada ao Ministério da Integração Nacional, buscando operacionalizar um conjunto de ações de prevenção, resposta e recuperação. O objetivo é evitar e minimizar desastres, socorrendo a população e procurando retomar a rotina das comunidades afetadas (Furtado et al., 2013).

A fim de implementar esse conjunto de ações, o governo federal promoveu o diálogo conjunto entre os Ministérios e os entes federados estaduais e municipais, além de diversas

instituições de pesquisa, a fim de elaborar um Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres Naturais 2012-2014, articulados pela Defesa Civil nacional. Tal plano foi orçado em 18,8 Bilhões de reais, com intuito de implantar ações de prevenção, mapeamento das áreas de risco (estruturação da rede nacional), obras estruturantes, monitoramento e alerta e resposta (socorro, assistência e reconstrução) e, em médio prazo, o fortalecimento dos órgãos de defesa civil e apoio a um melhor planejamento urbano capaz de evitar a ocupação de áreas de risco (MIN, 2012).

O “Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres” foi desenhado para atuar em 4 eixos:

- Mapeamento – voltado à produção de mapas de suscetibilidade, mapas de setorização de riscos e cartas geotécnicas;
- Monitoramento e Alerta – tem a função de estruturar a Rede Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais;
- Prevenção/Infraestrutura – atividades voltadas à execução de obras, que foram incorporadas ao Programa de Aceleração do Crescimento e configuram a carteira PAC-Prevenção;
- Resposta a Desastres – com ações direcionadas ao socorro, assistência e reconstrução das áreas atingidas pelos desastres naturais; (MIN, 2012)

O caráter recente da temática vem sendo acompanhado por Udomratn (2008), o qual aponta que, nas últimas duas décadas, a psiquiatria e a psicologia em desastres emergiram como áreas distintas de estudo, com livros didáticos, revistas e sociedades dedicados à investigação e à discussão de questões clínicas e sociais. Segundo o autor, essas disciplinas ainda carecem formular estratégias de cuidado culturalmente orientadas, tanto em âmbito individual, quanto comunitário.

Evidenciando o caráter recente e as limitações nas produções teóricas da América Latina,

o artigo de revisão sistemática escrito junto a Vicente e colaboradoras (no Prelo), o qual foi ancorado em pesquisas na Biblioteca Virtual em Saúde, usando as palavras-chave "saúde mental" AND "desastre" e "atenção psicossocial" AND "desastre", buscou analisar artigos completos e disponíveis integralmente sobre o tema saúde mental e desastres na América Latina. Na tentativa de responder à pergunta: "Como a saúde mental tem sido pensada em situações de desastre nas publicações latino-americanas dos últimos anos?" encontramos 46 artigos, destes, 29 foram excluídos ou por não apresentarem o texto completo, não estarem disponíveis gratuitamente ou por se repetirem, o que resultou na análise de 17 textos. Os textos foram categorizados em duas perspectivas (teóricos ou empíricos) e três enfoques (social, psicopatológico nosográfico ou psicopatológico comunitário).

De forma geral, encontramos uma vasta gama de assuntos e formas de abordar o tema - com uma pequena maioria pendendo para relatos empíricos com enfoque psicopatológico nosográfico - e uma grande necessidade de aprimorar o rigor científico e o volume de publicações sobre o assunto, sobretudo no Brasil. Em conclusão a esse artigo, consideramos que o Brasil ainda possui comparativamente poucas publicações sobre desastres, e que tal fato não corresponde ao volume e à intensidade dos desastres ao longo das últimas décadas (Vicente et al., no prelo).

No que remete às pesquisas na América do Norte, ao analisar o percurso histórico da saúde mental em contexto de emergências complexas, Kirmayer et al. (2010) nos remetem ao estudo de Eric Lindemann (1944) ao qual é atribuído as bases da Teoria da Crise, onde retrata a análise do cuidado pós-incêndio na discoteca *Cocoanut Grove*, ocorrido em Boston no ano de 1942. Tal estudo enfatiza os processos de luto normal, e a importância de estabelecer um processo de cuidado psíquico imediato para reduzir as consequências psicopatológicas que podem advir de um evento potencialmente traumático.

Os estudos de Lindeman (1944) possibilitaram a constituição do primeiro Centro Comunitário de Saúde Mental nos EUA, em 1948, com o objetivo de produzir cuidado as pessoas afetadas pelo incêndio da boate *Cocoanut Grove*. O estudo de Kai Erikson sobre a inundação de Buffalo Creek no ano de 1973, por sua vez, chamou a atenção para os efeitos a longo prazo no bem-estar a partir da destruição dos laços comunitários e da conectividade entre as pessoas. Kirmayer et al. (2010) nos lembram que a pesquisa sobre o impacto dos desastres analisados por Lindeman e Erikson também influenciou o desenvolvimento da teoria e da prática da saúde mental na contemporaneidade.

Ainda no que tange ao contexto internacional do histórico da inserção da psicologia na temática dos desastres, o interesse, conforme apontam Puy e Romero (1998), emerge no contexto da Segunda Guerra Mundial, onde os organismos oficiais do governo norte-americano financiavam as pesquisas em Psicologia do Trauma com o objetivo de sobrepujar os resultados obtidos em contextos de desastres, inferindo-os às conjunturas bélicas.

Na sequência dessa aproximação histórica que remete às elucubrações acerca da saúde mental e da perspectiva patológica ofertada aos eventos dessa magnitude, podemos identificar na década de 80, a primeira categorização diagnóstica do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), pela Associação Psiquiátrica Americana, incluindo-o na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-III, 1980).

Lembramos que a descrição de “evento traumático” impressa no DSM-III, referia-se a um “acontecimento catastrófico, raro e externo” diferindo-se das experiências recorrentes como: luto, doença crônica, conflitos matrimoniais, entre outros. Tais definições incluíam ainda a menção à tortura, estupro, agressão física, aprisionamento em campo de extermínio, desastres naturais, acidentes de carro ou exposição à violência, entre outras experiências (Figueira & Mendlowicz, 2003).

Por sua vez, o DSM-IV, redefiniu a categorização do TEPT, na medida em que entendeu que não ocorrendo um evento traumático, não existe a possibilidade de diagnosticar o TEPT. Essas modificações desencadearam uma expansão da latitude do conceito e, em consequência, a um aumento na prevalência estimada do TEPT.

Na sequência, o DSM-V abordou o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) como uma morbidade relacionada à exposição direta ou indireta a eventos traumáticos como morte, lesões ou traumas graves (American Psychiatry Association, 2013). Da mesma forma que pesquisadores como Pedersen et al. (2012), em nossa experiência empírica, percebemos que muitos especialistas e profissionais que trabalham em situações de desastres, particularmente no Brasil, tendem a generalizar as experiências vivenciadas, considerando as reações e experiências oriundas dos desastres apenas como traumáticas, desconsiderando as pesquisas e recomendações as quais apontam que apenas uma pequena parcela da população que vivencia um desastre desencadeará reações e sintomas compatíveis com um diagnóstico de TEPT (IASC, 2007).

Sob um enfoque mais amplo da noção de cuidado, já à luz da Gestão Integral de Riscos e de Desastres, a década de 1990 é considerada por pesquisadores da área como o marco dos primeiros registros internacionais valorizando e investindo nas comunidades na tentativa de minimizar os desastres e recuperar as perdas e danos atendendo, desta forma, outras dimensões como a da vulnerabilidade econômica e social (Weintraub et al., 2015).

O caráter abrupto e inóspito de eventos que abrangem grandes coletivos populacionais desafia aqueles que têm como objetivo delinear uma estratégia de cuidado em meio a perdas intensas num breve espaço de tempo. Fassin e Rechtman (2007), autores do livro: *L'empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime*, advertem-nos que a psiquiatria humanitária emergiu em 1989 na Armênia, durante um grande terremoto que assolou a região. Segundo esses autores, as intervenções de duas organizações internacionais, *Médecins Sans Frontières* e

Médecins du Monde, reconheceram o sofrimento e as demandas específicas por cuidados de saúde mental e atenção psicossocial em desastres dessa natureza.

Fassin e Rechtman (2007) ressaltam que até aquele momento atores da AP e SM não possuíam um espaço nas equipes de cuidado agudo pós-desastres, entretanto, a partir daquele evento, a participação das equipes de SM e AP tem sido ascendente e numerosa entre as equipes de emergências em desastres internacionais.

Ao acompanharmos a linha histórica da construção do conhecimento em atenção psicossocial e saúde mental em desastres na GIRD, nos deparamos com a criação da Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres (ou *United Nations International Strategy for Disaster Reduction*, UNISDR, na sua sigla em inglês), em dezembro de 1999. Como herdeira sucessória do secretariado da Década Internacional para a Redução de Desastres Naturais, foi arquitetada a fim de garantir a implementação da Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (Resolução 54/219 da Assembleia Geral da ONU).

Em resposta ao aumento vertiginoso e, em grande parte, desordenado dos atores que passaram a integrar o campo dos desastres, o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) publicou no ano de 2000 (ICRC, 2000) um relatório no qual criticou as iniciativas internacionais de saúde mental e atenção psicossocial. No mesmo documento a organização fez um apelo para que as ações fossem padronizadas e articuladas, a fim de estruturar estratégias que conectassem os esforços às demandas.

Considerando o desafio publicitado pelo CICV, de conformar uma padronização dos cuidados de saúde mental e atenção psicossocial, no ano de 2004 foi publicado o *Sphere Handbook*, oriundo do *Sphere Project*, contendo diretrizes internacionais para o cuidado psicossocial e de saúde mental (Sphere Project, 2004). De acordo com a publicação, o acesso aos primeiros socorros psicológicos deve ser assegurado às pessoas afetadas por eventos agudos e abruptos, bem como os primeiros socorros psicossociais devem basear-se em: cuidados

pragmáticos, não-intrusivos, focados na escuta, garantindo que as necessidades básicas sejam atendidas e a população seja encorajada ao convívio com pessoas significativas.

Enfatizamos aqui o *sphere project* como um dos grandes marcos de qualidade no processo de cuidado em atenção psicossocial e saúde mental em desastres. Por meio dessa iniciativa desencadeou-se um processo de reflexão coletiva voltado para o processo de cuidado, unindo esforços das organizações e atores que trabalham nos contextos de desastres na tentativa de promover um cuidado equânime e complementar no campo da saúde mental em desastres. Esse coletivo organizado também representa um marco em relação aos estudos anteriores, visto que o foco do processo de cuidado enfatiza a amplitude da esfera do cuidado, promovendo os cuidados pragmáticos, não intrusivos, focados em uma escuta ativa e que não necessariamente atrela-se a um cuidado especializado ou um campo único de saberes.

Sublinhamos que em maio de 2018 o site oficial do *Sphere Project* anunciou que uma versão revisada estava em fase final de publicação, e que a mesma seria publicada ainda no ano de 2018 (não publicado até o envio final dessa tese) sob o título: “Sphere Handbook 2018”. Segundo o informe, o documento estava sendo revisado no que concerne os conteúdos, evidências, apresentação e coerência, bem como pretendia-se incluir uma análise do processo que levou à sua finalização com contribuições globais. A informação registra, ainda, que após a validação o texto será preparado para publicação e traduzido em quatro idiomas: inglês, francês, espanhol e árabe, excluindo, a publicação direcionada ao público lusófono, fato esse que tem sido recorrente com os guias, protocolos e materiais de suporte a enfrentamento a desastres em AP e SM.

Posicionamentos semelhantes aos enfatizados pelo *Sphere Project* também foram registrados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002 ao lançarem o manual *Protección de la Salud mental em situaciones de desastres y emergências* (OMS, 2003). Quatro anos mais tarde, em 2006, a OMS publicou o

Guía práctica de Salud Mental em desastres buscando complementar o guia de 2002 e servir de compêndio prático dos procedimentos para a identificação e manejo de diferentes manifestações psicossociais e de saúde mental. O Comitê Permanente Interagências, por sua vez, lançou em 2007 um posicionamento afirmando que é fundamental, para proteger e assegurar a saúde mental, das pessoas em desastres, a articulação de estratégias organizadas de intervenção psicossocial (IASC, 2007).

Ao analisarmos as publicações da última década na Biblioteca Virtual em Saúde, percebemos que, embora essa área de atuação seja crescente para os trabalhadores psicossociais e de saúde mental, as pesquisas, estudos e reflexões específicas desse campo de atuação ainda se apresentam restritos e muitas vezes contraditórios (Vicente et al., no prelo).

No tocante às percepções e sentidos produzidos por profissionais que vivenciam o campo como trabalhadores, é ainda bastante retraída a oferta de referenciais teóricos e metodológicos produzidas em território brasileiro e direcionadas para esta perspectiva sócio-político-cultural em correlação com as políticas públicas já existentes. Entretanto, em nível internacional, é possível perceber o aumento do número de publicações de referenciais teórico-práticos voltados para a temática dos desastres.

Concernente às especificidades da saúde mental e atenção psicossocial em desastres, é evidente a dificuldade em encontrarmos um discurso coeso e articulado à demanda global. No entanto, em 2011 as organizações *War Trauma Foundation* (WTF) e *World Vision International* (WVI), juntamente com a OMS, publicaram o guia: *Psychological first aid: Guide for field workers*, afirmando, pela primeira vez, terem chegado a um amplo consenso entre os atores de organismos e organizações internacionais de ajuda humanitária, para disponibilizar materiais sobre os primeiros auxílios psicológicos.

Salientamos que o guia *Psychological first aid: Guide for field workers* foi o único material da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde com

enfoque específico no tema a ser traduzido, recentemente, para o português sob o título: *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo* (OPAS, 2015).

Ainda no que tange às elaborações teórico-práticas, no ano de 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (UNHCR) publicaram juntos o Guia: *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings* e no ano seguinte, 2013, WHO publicou os guias: *Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia* com o objetivo de incentivar que as pessoas que enfrentam situações de emergências e desastres não perdessem a chance de aproveitar a “oportunidade” onde as estruturas e concepções estão abaladas para iniciar reformas de saúde mental voltadas para o desenvolvimento humano; e, o Guia: *Psychological first aid: Facilitator’s manual for orienting field workers*, concebido para orientar equipes de saúde mental e atenção psicossocial para os primeiros socorros psicológicos (PFA), estimulando o respeito à dignidade, cultura e habilidades.

No ano de 2012, o Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres (UNISDR) publicou no Brasil o guia: “Como Construir Cidades Mais Resilientes: Um Guia para Gestores Públicos Locais - Uma contribuição à Campanha Global 2010-2015 - Construindo Cidades Resilientes – Minha Cidade está se preparando!”. Esse guia lançou luz sobre a importância de inserir estratégias de resiliência e redução de riscos de desastres na conformação do desenho urbano a fim de alcançar o desenvolvimento sustentável. O guia frisou ainda a necessidade de estabelecer alianças fortes e uma ampla participação popular.

Como exemplo de uma de suas últimas publicações internacionais específicas para a saúde mental e atenção psicossocial, WHO divulgou o *mhGAP Humanitarian Intervention Guide* (2015) voltado para expansão dos cuidados para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas.

Embora o histórico de publicações recentes venha crescendo nas últimas três décadas, concordamos com a afirmação de Pedersen et al. (2012) a qual aponta que, numa perspectiva global, a atenção ofertada aos problemas de saúde mental e atenção psicossocial, tem se mostrado inferior à demanda. Em consonância com as afirmativas de Pedersen et al., lembramos que ainda são raros os registros oficiais e as produções voltadas para o público brasileiro ou lusófono que permitam o acompanhamento e a atualização das ferramentas teóricas destes atores. Entretanto, é possível identificar no século XXI, com o amadurecimento da percepção do processo de desenvolvimento humano em situações extremas, a presença de equipes psicossociais e de saúde mental, como sujeitos ativos do processo de cuidado em desastres. As estratégias de intervenção e atendimento disponibilizadas por essas equipes visam minimizar o sofrimento em decorrência desses fenômenos, evidenciando a relevância da participação de profissionais de atenção psicossocial nesses contextos.

No que concerne aos marcos referenciais da difusão da demanda voltada para o cuidado de atenção psicossocial e saúde mental em desastres no Brasil, particularmente as enchentes da região do Vale do Itajaí (SC), no ano de 2008, e os deslizamentos de terra da região Serrana do Rio de Janeiro, no ano de 2011, servem de marcos propulsores desta disseminação da demanda nacional por um cuidado de saúde mental e atenção psicossocial. Este último evento é considerado por muitos pesquisadores nacionais como o evento com o maior número de mortos já registrado na história do Brasil, causando um número de óbitos superior a 1.000 pessoas, sendo 916 corpos encontrados e 345 desaparecidos (Weintraub et al., 2015).

É necessário frisar que, após os deslizamentos de terra da região serrana do Rio de Janeiro em 2011, as estruturas governamentais dos três entes federados tentaram implementar um esforço nacional para o desenvolvimento de técnicas, estratégias e guias de cuidado que pudessem auxiliar na reconstrução daquela região. Nesse sentido, a Casa Civil, sob a coordenação da Presidência da República passou a promover junto aos Ministérios brasileiros

envolvidos em situações de desastres, reuniões para incrementar ações de articulação e oferta de serviços que resultassem em uma estratégia articulada.

No que tange aos cuidados à saúde, em novembro de 2011 foi criada através do Decreto presidencial nº 7.616, o qual 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, um programa de cooperação destinado à “execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município”. Entretanto, na conformação da equipe da FNS não foram incorporadas equipes de saúde mental e atenção psicossocial para o trabalho nas situações de desastres (Decreto n. 7.616, 2011).

É notória a preocupação que a oferta de assistência direta e indireta em situações de desastres tem despertado nos profissionais de atenção psicossocial e saúde mental. Interesse este cada vez mais abrangente na compreensão das estratégias de intervenção, técnicas de cuidado e avaliação do impacto no cenário nacional. Nos anos de 2006 e 2011, respectivamente, o Conselho Federal de Psicologia promoveu o 1º e o 2º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres. Esses seminários, entre outros, organizados pelo sistema Conselhos de Psicologia, iniciados no ano de 2010 refletem o crescente envolvimento dos profissionais da área (CFP, 2011; Weintraub, 2011).

Vindo ao encontro dessa afirmativa, em dezembro de 2014 o Conselho Federal de Psicologia convidou profissionais de referência das cinco regiões do país, para constituírem a primeira Comissão Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres (CNPED-CFP). Tal comissão nasceu com o objetivo de alinhar conceitos da Psicologia das Emergências e Desastres (PED) bem como com a proposta de: (a) estabelecer parcerias institucionais (Ministérios de Educação, Saúde, Desenvolvimento Social, Integração Nacional); (b) divulgar as boas práticas em emergências e desastres; (c) incluir o psicólogo nas políticas públicas que tratam da

emergência e desastres, e: (d) estimular a produção e publicação de pesquisas. A conformação dessa comissão ocorreu, dentre outros fatores, devido à crescente demanda nacional por profissionais que atuam na área, bem como pelo aumento do número de profissionais psicólogos interessados nesse campo de atuação, fazendo urgir inclusive necessidades específicas de acompanhamento e regulamentação.

Em resposta a essa necessidade de acompanhamento e regulação, no ano de 2016, o Conselho Federal de Psicologia, o qual tem o intuito de “orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo” (CFP, 2016, p.1), publicou uma Nota Técnica sobre atuação de psicóloga(o)s em situações de emergências e desastres, relacionadas com a política de defesa civil, com o “o objetivo de contribuir para que a atuação de psicólogas (os) em situações caracterizadas como de emergências ou de desastres seja realizada de forma ética e competente” (CFP, 2016, p.1). Enfatizamos aqui, a percepção ampliada sobre o tema que o conceito denota, ao reconhecer a

perspectiva voltada para a Gestão Integral do Risco de modo a considerar que as ações da Psicologia devem ocorrer nas cinco fases propostas pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC: prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação. Com esse novo entendimento o Conselho Federal de Psicologia ratifica e amplia a Nota Técnica sobre atuação de psicóloga(o)s em situações de emergências e desastres, publicada em 2013, com o objetivo de nortear a ação da Psicologia a partir do paradigma da Gestão Integral de Riscos e Desastres e em conformidade com as Leis no 12.608 de 10 de abril de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil e no 12.983 de 2 de junho de 2014, que define as transferências de recursos e orienta a execução de ações de prevenção em áreas de risco e de resposta e recuperação em áreas atingidas por desastres (CFP, 2016, p.1).

Essa perspectiva abrangente do cuidado da AP e SM foi reconhecida e registrada através da nota técnica acima, bem como, consolidada por meio da alteração do nome da comissão existente no CFP, a qual chamava-se Comissão Nacional de Psicologia nas Emergências e Desastres e passou a nominar-se de Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres, ambas as mudanças implementadas no ano de 2016, vem ao encontro das perspectivas e construções internacionais para o tema, evidenciando uma mudança de paradigma e ampliação no escopo de trabalho nacional.

Ressaltamos ainda que a alteração do nome da comissão segue em consonância com a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, ancorada na Lei 12.608 de 10 de abril de 2012, a qual institui e prevê ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação. A alteração do nome da comissão segue na mesma direção, da comunidade internacional, tendo como base de referência os Marcos Internacionais: Marco de Hyogo (UNISDR, 2005) e o Marco de Sendai (UNISDR, 2015), os quais têm recomendado fortemente que as estratégias utilizadas levem em consideração a perspectiva da integralidade do desastre, indicando uma mudança de paradigma.

2.2 Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Desastres: a perspectiva das políticas públicas

A definição dos termos Saúde Mental e Atenção Psicossocial frequentemente não são unanimidade entre os pesquisadores (inter)nacionais, não obstante, a maior parte dos guias, artigos e protocolos tem utilizado os termos atenção psicossocial e saúde mental como sinônimos. Na busca por delimitar espaços e construções de saberes, nesta pesquisa os termos não são empregados como sinônimos, uma vez que fazemos a distinção entre estes.

Para referir-nos às ações ampliadas de promoção de saúde, prevenção e cuidados amplos, utilizamos o termo Atenção Psicossocial, entendendo estas como ações de caráter não exclusivo

de profissionais e especialistas; e ao nos referirmos aos cuidados específicos da psiquiatria e da psicologia, como campo de atuação especializada, nos referimos ao termo Saúde Mental.

Entendemos, como bem lembra Paulo Amarante (2007), que saúde mental é uma área extensa e complexa de conhecimentos e cuidados. Obviamente, ela não se restringe à psicopatologia ou à semiologia e não deve ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Acreditamos que o campo da Saúde Mental contribui para um pensamento em termos de complexidade, simultaneidade, transversalidade de saberes e reflexividade, nesses termos, o suporte amplo ofertado à saúde mental é um campo polissêmico, na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades, condições altamente complexas.

A Atenção Psicossocial (AP), por sua vez, não se restringe à assistência, mas oferece uma nova conjuntura social para as pessoas em sofrimento psíquico. O cuidado, por seu turno, ancora-se na construção de vínculos e em uma complexa rede de conhecimentos e de intervenções que perpassam diferentes tipos de saberes e cuidados.

Levando em conta as considerações acima, nessa tese, abordamos os cuidados amplos que transbordam os conhecimentos específicos de psicólogos e psiquiatras pela nomenclatura Atenção Psicossocial, e denominamos de Saúde Mental a compreensão do tema específico do núcleo da saúde mental, o qual demanda conhecimentos específicos. Entendemos ainda que, em ambas as terminologias, visa-se subverter o cuidado como sinônimo de tratamento de doença ou sofrimento, e sob as duas abordagens os processos de cuidado e intervenção estão focados nas pessoas, e não nas patologias.

Ainda que nessa tese entendemos que há uma diferenciação entre os termos Atenção Psicossocial e Saúde Mental, os documentos oficiais, registrados a partir das políticas públicas de saúde no Brasil, protocolos, guias e cadernos publicados pelo ministério da saúde, os termos saúde mental e atenção psicossocial aparecem como sinônimos na maior parte das vezes.

Assinalamos, que as principais leis que regem a saúde, assistência social ou proteção e defesa civil no Brasil, como: a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conhecida como a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a Lei 8.742/93, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, conhecida como a Lei Orgânica de Assistência Social, fundamento jurídico do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ou a Lei 12.608/12, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC, dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC e autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres, não mencionam em nenhum momento os termos: saúde mental ou atenção psicossocial em situações de desastres.

Por seu turno, os documentos de referência nacional específicos do campo de atuação, como a Política Nacional da Saúde Mental, regida nos termos da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o termo utilizado para reger a política é: saúde mental. Por sua vez, a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, o termo utilizado é Atenção Psicossocial. Da mesma forma, a Portaria GM/MS n.º 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, faz uso do termo atenção psicossocial, em detrimento de saúde mental.

Em publicação voltada para o tema da saúde mental e atenção básica, no ano de 2013, o Ministério da Saúde publicou o caderno número 34, dirigido aos profissionais de Atenção Básica, intitulado: Cadernos de Atenção Básica com o tema “Saúde Mental”, nessa publicação oficial

menciona-se que: “Saúde Mental, portanto, não será abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e o equivocado dualismo corpo/mente – mas como sofrimento de pessoas, e em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico” (MS, 2013, p.14).

Por sua vez, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR, em colaboração com outros quatro ministérios lançou o “Protocolo nacional conjunto para proteção integral a crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres”, instituído pela Portaria Interministerial nº 2, de 6 de dezembro de 2012, tendo como principal objetivo assegurar a proteção integral e reduzir a vulnerabilidade desses sujeitos de direito nas situações de riscos e desastres. Nesse documento pioneiro, menciona-se o termo atenção psicossocial em desastres pela primeira vez em um documento nacional dessa magnitude (SDH-PR, 2013).

2.3 Cultura e Atenção Psicossocial em Desastres

Autores como Kirmayer et al. (2010) destacam que a atenção psicossocial no campo dos desastres tem acompanhado o reconhecimento de que traumas e catástrofes podem estar associados a determinados tipos de sofrimentos, problemas e transtornos de saúde mental, demandando intervenções culturalmente adaptadas, tanto no nível individual quanto comunitário.

Ainda no que tange a atenção psicossocial em desastres, Kirmayer et al. (2010) retomam a concepção de que o sofrimento psíquico envolve mecanismos cognitivos e sociais mediados pelo significado pessoal e cultural de eventos considerados traumáticos por aqueles que o experimentam. O impacto do trauma psíquico oriundo de um desastre, embora seja percebido numa porcentagem consideravelmente menor (IASC, 2007) está estritamente interligado aos contextos sociais, econômicos e políticos mais amplos.

A cultura influencia a experiência individual e coletiva do sofrimento em muitos níveis, bem como a percepção e interpretação dos eventos, os quais podem ser percebidos como traumáticos ou não. A cultura ajuda a produzir ações de resposta e enfrentamento ao evento vivenciado, além de auxiliar no desenvolvimento de padrões coletivos de demanda por cuidados específicos e tratamento. Com referência a estas afirmações, a cultura oferta sentido ao próprio evento vivenciado permitindo que indivíduos, famílias e comunidades produzam significados os quais podem amenizar ou amplificar seu impacto (Kirmayer et al., 2010).

Borges e Pocreau retomam a problemática da inter-relação entre sofrimento e cultura defendendo que

o sofrimento é universal. Ele faz parte da condição humana, mas sua estruturação, sua expressão, é fundamentalmente cultural, assim como a maneira de reagir ou de compor com ela. Sabe-se que algumas das grandes funções psicológicas da cultura são tornar o real suportável, proteger o indivíduo e o grupo, colocando à sua disposição modalidades de defesa, significações, soluções possíveis de reparação, tornando-se indispensável à sobrevivência da pessoa, mesmo podendo contribuir à sua eliminação, caso o equilíbrio do grupo se encontre comprometido (2009, p. 234).

Ao encontro da ótica acima, Barbara Laumont (2008), escreve que os desastres são eventos que denotam sofrimento e portam consigo um potencial desencadeamento de trauma para a população afetada, uma vez que são imprevisíveis e incontroláveis, além de provocar reações de medo, horror e impotência. Além de nos confrontar com a destruição e o caos, confronta-nos com a potencialidade da própria morte e/ou de outrem, provocando uma perturbação aguda em crenças, valores e significados. Em contrapartida, é possível perceber que, embora o evento seja potencialmente traumatizante, a maior parte das pessoas afetadas não desencadeia psicopatologias oriundas de eventos desta natureza (IASC, 2007).

A fim de ofertar alguns princípios orientadores para as intervenções psicossociais, Sumathipala, Siribaddana, & Perera (2006) citados por Udomratn (2008) sugerem que as intervenções desta natureza precisam ser multi-setoriais e multi-níveis, incluindo ações de médio e longo prazo, além de ser social e culturalmente sensíveis à população afetada. Os autores ainda recomendam que os articuladores das estratégias reconheçam e respeitem a funcionalidade dos sistemas sociais e de saúde existentes, bem como garantam que o planejamento seja baseado nas demandas da população atendida.

2.4 Desastres e o Impacto na Atenção Psicossocial e Saúde Mental

É notório o fato de que historicamente a humanidade vem sobrevivendo a uma longa trajetória de desastres. Espera-se, portanto, que existam mecanismos aprendidos os quais foram sendo incorporados ao longo da história humana, e que estejam disponíveis para auxiliar no enfrentamento de ações rotineiras e históricas de ameaças potencialmente traumatizantes. A resposta mais comum para níveis leves ou moderados de enfrentamento de um evento potencialmente traumático é o sofrimento agudo seguido, na maior parte das vezes, por um período de recuperação protagonizado pelo próprio sujeito em sofrimento.

Apesar de toda a população afetada estar potencialmente exposta a um desastre, as pessoas são impactadas de formas distintas. O impacto psicológico de um desastre em um determinado indivíduo depende tanto do significado pessoal quanto do significado coletivo que envolve tal evento.

As pesquisas voltadas para a análise dos impactos dos desastres sobre a saúde das populações ainda são raras no cenário nacional e internacional (Freitas et al., 2014; Dell'Aringa, Ranzani, Bierens, Murray, 2018). Um dos motivos pode estar atrelado a dificuldade de realizar estudos longitudinais, visto que tais impactos não se restringem às reações e consequências no período de resposta, mas precisam envolver as reações e consequências a médio e longo prazo.

Os desastres, para além das estruturas físicas e corporais, afetam a psique daqueles que, de alguma forma, os atravessam. A sobrevivência em condições extremas, o histórico pessoal e cultural da rede de relações para com outros, a tomada de decisões e as formas de interagirmos com o nosso entorno estão ligadas diretamente à atenção psicossocial e a saúde mental. Consideramos, desta forma, que todos os estímulos e atos humanos se refletem diretamente na saúde mental (MSF, 2008) e atenção psicossocial da população.

Convergindo com a afirmação acima, Kirmayer et al. (2010) ressaltam que os desastres proporcionam impactos na saúde em vários níveis, individuais (fisiológicos, psicológicos), família, comunidade, sociedade, internacionais e globais. O impacto social dos desastres reflete a sua magnitude, o nível de infraestrutura pré-existente, o nível das infraestruturas preservadas, o significado de eventos (humanamente causadas ou não), a resposta da comunidade e da população local, a resposta do governo e da sociedade em geral e a resposta internacional. O impacto da maioria dos desastres é mais grave em países de baixa e média renda, como o Brasil, que carecem de recursos e infraestrutura para responder adequadamente.

Em consonância com a afirmativa de Kirmayer et.al (2010), um dos estudos pioneiros no Brasil sobre o impacto na saúde mental de populações atingidas por desastres, Dell'Aringa et al. (2018) apontou que a demanda por cuidados de saúde mental pós desastre na região serrana do Rio de Janeiro (2011) aumentou, particularmente àquela vinculada ao Sistema Único de Saúde. O estudo comparou dados públicos de assistência à saúde mental de dois períodos – dois anos antes e dois anos após o evento, e identificou que o aumento da demanda não foi identificado nas áreas não afetadas por tal evento. O estudo indica ainda que a sobrecarga do sistema pode ter contribuído, como um estressor secundário, para o impacto negativo na saúde mental da população atingida.

Lembramos ainda que grupos reconhecidos internacionalmente pela vulnerabilidade, como: mulheres (especialmente as mulheres grávidas, mães desacompanhadas, viúvas e

crianças); pessoas em situação de deslocamento interno; refugiados e outras pessoas previamente expostas a situações potencialmente traumáticas podem vir a ter sua situação agudizada durante um evento desta magnitude. Reforçamos o fato de que pessoas com problemas de saúde mental pré-existentes, incluindo depressão e ansiedade também se incluem no rol de grupos vulneráveis em situações de desastres (Kirmayer et al., 2010).

De forma complementar, Laumont (2008), indica que a prevalência de morbidade psiquiátrica após um desastre está associada à: magnitude do evento, nível de ameaça à vida, risco de recorrência, falta de previsibilidade e controlabilidade, perda, lesão, exposição aos mortos, extensão da destruição de infraestruturas comunitárias e a história progressiva dos sujeitos afetados.

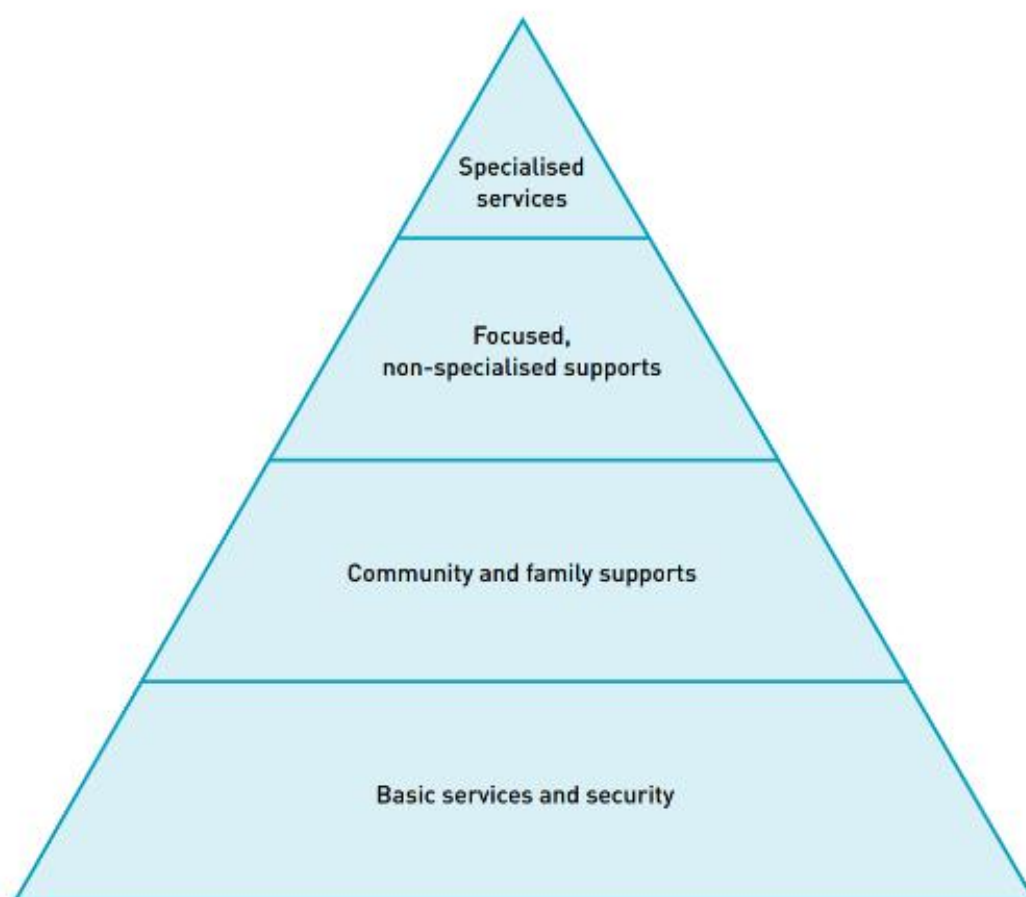
Por sua vez, Kirmayer et al. (2010) acrescentam que eventos desta natureza aumentam a morbidade psiquiátrica através de algumas características basilares do evento, como: lesão física, exposição a eventos aterrorizantes, perda de entes queridos, perda de emprego, de subsistência e renda, perda de ambiente familiar e doméstico. Estas perdas e danos interagem com outros determinantes sociais da saúde, incluindo problemas estruturais e políticas sociais pré-existentes. Para a mesma quantidade de perda e dano físico, os desastres produzidos pelo ser humano podem ter consequências psicológicas mais graves devido a forma como estes minam emoções sociais básicas de confiança e solidariedade.

Para o Inter-Agency Standing Committee Working Group (IASC, 2007), dirigido pelo Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), a maior parte das pessoas afetadas por desastres necessitará de cuidados básicos de saúde e de segurança. Uma parcela menor dessa população afetada pelos desastres padecerá sim de sofrimento, entretanto não demandará cuidados específicos de saúde mental ou atenção psicossocial.

Conforme as diretrizes do IASC (2007), um grupo conformado pelas maiores organizações humanitárias que trabalham em áreas de desastres, a grande maioria das pessoas

afetadas irá encontrar amparo na sua própria rede socioafetiva. Uma parcela menor dessas pessoas afetadas necessitaria sim de um cuidado específico de profissionais da saúde, como médicos generalistas, assistentes sociais e psicólogos e uma pequena parcela, geralmente aquela parcela que em outros momentos da sua história já demonstrou necessitar de auxílio para fazer face às dificuldades psíquicas, esses sim necessitarão de cuidados específicos do campo da psiquiatria, como é possível verificar na pirâmide abaixo:

Figure 1. Intervention pyramid for mental health and psychosocial support in emergencies. Each layer is described below.



Fonte: IASC, 2007, p.12.

De forma similar ao entendimento do IASC (2007), Heredia (2003) defende que, ainda que os adoecimentos posteriores ao evento sejam múltiplos e difusos, estes podem vir a se configurar ou não enquanto trauma, ou uma marca capaz de produzir sintomas. Parte desta população sobrevivente pode demonstrar uma marca dolorosa que muitas vezes costuma se manifestar em período distante do fato que a desencadeou.

Em relação aos cuidados em AP e SM, o significado do evento para os sobreviventes é um determinante importante a fim de compreender como a situação é vivenciada inicialmente, permitindo uma aproximação às formas de elaboração e reinvenção da própria vida. O significado não está somente no contexto em si, tampouco apenas relacionado às pessoas, mas sim na interação entre as pessoas e o evento (Coelho, 2011). Sob um prisma similar, Fassin (2002) incorpora a história dos afetados, a fim de circunscrever o duplo processo onde o social se inscreve no corpo, e o corpo e os seus estados narram memórias que aludem não apenas à vida singular, mas também a memória histórica.

Kirmayer et al. (2010) acrescentam que enfrentamento e adaptação são características que podem ser melhor compreendidas se houver uma intervenção de forma a maximizar os recursos daqueles que demandam cuidado. As abordagens reconhecem a natureza dinâmica da interação entre diferentes domínios de recursos, e centram-se sobre o papel do posicionamento social na vulnerabilidade e resiliência individual e em grupo. Este ponto de vista mais dinâmico poderia ser chamado de "social ecológico", na medida em que um percebe o outro localizado dentro de um sistema que tem sua própria dinâmica.

A elaboração de estratégias de cuidado para emergências de saúde mental individual difere consideravelmente das estratégias psicossociais e de saúde mental em desastres, na medida em que a base da estrutura do cuidado primário, isto é, a rede socioafetiva, bem como a rede de saúde, educação, segurança, entre outras, também são afetadas em eventos de grande magnitude. Isto se deve ao fato de que a rede socioafetiva, geralmente utilizada por aqueles que estão em

sofrimento agudo, encontra-se indisponível, visto que eles também necessitam de atenção, seja no que concerne a demandas de saúde mental, seja quanto às providências pragmáticas da sobrevivência humana, como os cuidados de primeira ordem: água, alimentos e proteção.

No que concerne ao impacto na AP e SM, Pedersen et al. (2012), expõem que múltiplas premissas têm de ser avaliadas, a fim de não repetir um modelo medicalizante de cuidado. É imprescindível, segundo estes autores, oferecer sistematicamente suporte psicossocial e de saúde mental para as pessoas que vivenciam tais eventos, levando em consideração que não necessariamente elas precisarão de cuidados profissionais ou especializados. Lembram ainda que a nível clínico, pouco se sabe sobre os efeitos, reações ou consequências da oferta e a ausência das intervenções de saúde mental e atenção psicossocial, visto que os estudos em termos de resultados e impacto na saúde global e no bem-estar das comunidades locais são insuficientes e inconclusivos.

Dependendo do grau em que um desastre perturba o tecido social e enfraquece os laços entre as pessoas, as comunidades podem responder com mobilização e reforço da solidariedade ou com desmoralização, desorganização e desintegração. O nível de sofrimento psíquico na população desempenha um papel primordial nessas respostas sociais, mas eles têm uma dinâmica própria que reflete as histórias locais e questões sistêmicas da política, da identidade e comunidade. Essas dinâmicas sistêmicas locais estão integradas em respostas econômicas e políticas globais que influenciam o impacto na saúde mental dos afetados por desastres. É imprescindível atentar para o fato de que em face de um desastre que parece “vir de fora”, e que não destrutura a maior parte da infraestrutura local, as comunidades podem se reunir e experimentar um elevado grau de solidariedade. Nestes termos, é importante trabalhar e potencializar os recursos existentes no local, não subestimando a capacidade das pessoas afetadas de lidarem com o evento (Kirmayer et al. 2010).

Em concordância com as prerrogativas acima, o Guia do IASC (2007) afirma que as pessoas que sobrevivem a um desastre são afetadas de maneiras diferentes e, portanto, exigem diferentes tipos de suporte. A chave para a organização de uma estratégia de saúde mental e apoio psicossocial em desastres, segundo o guia, está no desenvolvimento de um sistema de camadas de apoio que envolva: (1) serviços básicos e segurança; (2) suportes comunitários e familiares; (3) apoio não-especializados, e; (4) serviços especializados. O guia deixa evidente que, dentre as camadas de cuidado, os cuidados especializados são os que devem ser direcionados a menor parte da população afetada, visto que a maior parte destes não necessitará de um serviço dessa natureza.

Em continuidade, Kirmayer et al. (2010), alertam que é importante atentar-se ao fato de que eventos que parecem ser totalmente relacionados às ameaças naturais exercem seus efeitos de forma desigual em uma população de modo que revelam as desigualdades e as injustiças sociais pré-existentes. Em desastres recentes, o padrão de destruição tem refletido as disparidades econômicas e a corrupção latente dos territórios envolvidos. A inundação de Nova Orleans (USA) em agosto de 2005 ou de Nova Friburgo (RJ) em janeiro de 2011, por exemplo, desencadeadas pelo furacão Katrina e pelos deslizamentos de terra, respectivamente, tiveram efeitos diferenciados sobre os vulneráveis e marginalizados, também refletindo a longa história de exclusão social e discriminação racial. Assim, um desastre também se presta a expor a violência estrutural de uma sociedade.

CAPÍTULO 3. ENTRELAÇAMENTOS ENTRE CUIDADO E CULTURA EM DESASTRES: A PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL GLOBAL

3.1 Saúde Mental Global: concepções e contradições

Ao analisar as estratégias de saúde mental e atenção psicossocial em desastres, percebemos que a maior parte dos guias, manuais, protocolos e documentos que embasam as intervenções no Brasil tem sido importadas de países da América do Norte, Europa, Ásia e alguns países vizinhos, da América Latina. Nesse sentido, acreditamos ser relevante considerar as diretrizes e ações recomendadas por esses atores internacionais de cuidado em desastres, a partir das perspectivas teórico-práticas da saúde mental global.

A saúde global tem sido definida como uma área de estudo, pesquisa e prática que promove como pauta prioritária a melhoria e a equidade em saúde para a população mundial. Baseia-se na definição de prioridades com base na carga de problemas de saúde; desigualdades na saúde; alcance global das ações de saúde mental, nos determinantes e soluções para problemas de saúde (Berlinguer, 1999).

Como parte da saúde global, a saúde mental global, é definida como uma área de estudo, pesquisa e prática que prioriza a melhoria da saúde e a equidade em saúde para as populações do mundo. Os princípios que a norteiam perpassam a definição de prioridades com base na carga dos problemas de saúde, desigualdades na saúde e seu alcance global, em particular em relação aos determinantes e soluções para os problemas de saúde (Patel, 2014b).

Um dos teóricos de referência para a saúde mental global, Arthur Kleinman (2009), do departamento de Saúde Global e Medicina Social da Universidade de Harvard, entende que a saúde mental global diz respeito, a promoção da qualidade de vida das pessoas em sofrimento psíquico no mundo. Em continuidade a essa premissa, o teórico afirma que a maioria das pessoas que vive em países com baixa ou média renda, as quais gozam de apenas uma pequena fração dos recursos mundiais para atenção psicossocial e saúde mental, poderiam vir a se beneficiar dos

aprendizados e recursos oriundos de outras partes do globo, se de fato investíssemos nessa perspectiva global.

A situação da saúde mental global, inclusive em países assolados por grandes desastres, de uma forma geral, tem demonstrado uma melhora, tendo em vista a implantação de programas específicos nas cidades onde existem grandes demandas. Todavia, relatórios produzidos na América Latina e África deixam evidente a importância de elaborar estratégias, guias e políticas de saúde mental de forma horizontal e compartilhada, em substituição aos programas e protocolos verticais e abruptos oferecidos por organismos e organizações internacionais (Kleinman, 2009).

Dando continuidade as prerrogativas acima, Vikran Patel (2014b), também professor do departamento de Saúde Global e Medicina Social da Universidade de Harvard acredita que a psiquiatria transcultural, bastante utilizada nas intervenções de saúde mental global, tem sido vista com ressalvas, no que concerne à validade dos diagnósticos de saúde mental. Parte dessa crítica direciona-se a forma com que esta vem sendo utilizada nos projetos de intervenção internacional, uma vez que pode estar sendo utilizada como ferramenta para a expansão da indústria farmacêutica ocidental, inclusive em situações de desastres.

Numa perspectiva crítica às premissas de Kleinman (2009) e Patel (2014b), Derek Summerfield (2012a), membro do *Executive Committee of Transcultural Special Interest Group at the Royal College of Psychiatry*, defende que as ações de Saúde Mental Global podem ser entendidas como um "imperialismo médico". É importante notar que tal entendimento se opõe às recomendações internacionais dos especialistas em AP e SM em desastres, como o IASC (2007), por exemplo.

Numa tentativa de dialogar com a crítica de Summerfield (2012 a,b), Patel (2014a) sugere que os sofrimentos e transtornos mentais representam formas universais descritas em todas as sociedades desde tempos imemoriais, antes mesmo do surgimento de uma psiquiatria biomédica,

da indústria farmacêutica, ou mesmo da existência da América como nação. Em continuidade a sua prerrogativa, Patel afirma que fatores culturais e contextuais influenciam profundamente todos os aspectos da experiência de doença mental, de sua etiologia a sua expressão. Nestes termos, a elaboração e recomendação de guias internacionais de cuidado em AP e SM precisam ser estabelecidos com bastante precaução para não virem a acarretar maiores danos a população afetada.

Autores como Kleinman (2009) e Patel (2014b), admitem as incongruências e imperfeições da teoria, no entanto, acreditam que é imprescindível que comecemos a pensar teorias engajadas com o mundo complexo em que vivemos. Kleinman (2009), complementa, avaliando que a situação de AP e SM sofre um impacto positivo a partir de intervenções e suportes ofertados por atores internacionais. Entretanto, para que de fato seja benéfico, é imprescindível que as políticas não sejam conformadas de forma vertical, isto é, desrespeitando as especificidades loco-regionais e as demandas e culturas do território.

Ações reflexivas e críticas, bem como a manutenção de um espaço para as ideias conflitantes e divergentes são fundamentais para elaboração de estratégias de cuidado que estejam atentas as idiosincrasias humanas da população a ser cuidada, especialmente quando ofertadas por atores externos ao território afetado.

Outro ponto relevante, concernente a saúde mental global, diz respeito ao fato de que ela enfatiza a importância de um aprendizado no cenário mundial através de trocas de experiências e aprendizados. A saúde mental global estimula a troca de saberes e experiências, bem como o apoio e suporte técnico entre os países, de forma a contemplar as diferentes demandas e inovações, inclusive em situações de desastres (Patel, 2014a).

É importante ressaltar que a troca de saberes e experiências não deve configurar a opressão ou repressão das idiosincrasias socioculturais, uma vez que esses pontos são centrais

no processo de cuidado em SM e AP. Nestes termos, lembramos que a análise dos territórios e o respeito as culturas é premissa básica do processo de cuidado em AP e SM.

Por sua vez, Cox (1986) entende que a ênfase da Saúde Mental Global tem sido dada na forma de examinar a universalidade de um conjunto de fatores de natureza mental e emocional que motivam o comportamento humano, considerando as maneiras em que estes mecanismos psicológicos podem resolver tensões dinâmicas criadas por sistemas sociais particulares.

Em convergência com esse pressuposto, está Laurence Kirmayer, diretor da Divisão de psiquiatria social e transcultural da Universidade McGill, e um dos expoentes da psiquiatria transcultural. Kirmayer afirma que a psiquiatria transcultural, propicia questionamentos que auxiliam na ampliação da ênfase reducionista do diagnóstico para dimensões sociopolíticas, entre outras formas de utilização do diagnóstico como forma de coerção (Kirmayer, 2007; Kirmayer et al., 2010).

Para Borges e Pocreau (2009), no entanto, essas intervenções internacionais propõe a restauração da integralidade das dimensões humanas, bem como seus canais de expressão. Sendo assim, apresentam-se impregnadas de uma ciência que extravasa a psicoterapia metacultural, a socioterapia e as técnicas de cuidados voltadas para o sujeito e a sua família, não se restringindo a supressão dos sintomas físicos e psíquicos.

Por sua vez, Summerfield (2012a) afirma que na atual conjuntura a práxis da saúde mental global, o que em parte inclui as recomendações e atuações de organismos internacionais para situações de desastres, está diretamente relacionada à implantação de um modelo estritamente biomédico de sofrimento psíquico, prestando-se à exportação de um modelo ocidental e medicamentoso. Summerfield nos lembra que grande parte das iniciativas de treinamento local dos trabalhadores de saúde mental oriundos de países em desenvolvimento econômico presta-se apenas a administração de tecnologias ocidentais e não a troca de aprendizados e expertises.

De forma convergente com esta crítica de Summerfield, Kirmayer (2007) entende que é notório o legado do colonialismo na psiquiatria cultural contemporânea, a qual pode ser percebida muitas vezes no viés romântico ou “exótico” com que são analisados os sofrimentos psíquicos. Em alguns projetos, os trabalhadores da saúde mental global são comparados a missionários religiosos que catequisam as populações originárias de outros países.

É fato que parte dos protocolos e guias internacionais utilizados pelos trabalhadores da ajuda humanitária em situações de desastres não fazem menção a um entendimento local fundamentado na cultura do “outro”, referindo-se aos não-ocidentais, ou a qualquer contribuição antropológica que ajude a compreender a cultura não dominante no cenário global (Summerfield, 2012b).

Na sequência, Summerfield (2012b) aponta que é extremamente equivocado perceber o sofrimento psíquico de populações distintas de forma universal. É necessário questionar a percepção daquele que é cuidado, indagando sobre quais são suas considerações em relação às abordagens ocidentais de saúde mental, visto que na maior parte das estratégias elas não são úteis como ferramenta de luta pela sobrevivência cotidiana daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade e ausência de direitos humanos assegurados.

De forma a corroborar com a crítica de Summerfield (2012b), apontamos que a maior parte dos protocolos internacionais destinados à saúde mental e atenção psicossocial produzidos nas últimas três décadas, não mencionam ações de AP e SM que promovam a luta por direitos das pessoas atendidas, tampouco a estruturação de estratégias de cuidados que envolvam as políticas públicas vigentes nos países que sofrem intervenções de organismos e organizações internacionais em situações de desastres.

3.2 Saúde Mental Global em Desastres

No que concerne à especificidade dos desastres na conjuntura da saúde mental global, Pedersen et al. (2012) reforçam que há grandes discrepâncias entre os recursos disponíveis e as necessidades voltadas para os cuidados de saúde mental, os quais aumentam drasticamente durante e após situações de emergência, em especial nos contextos pós-conflitos e pós-desastres.

Embora os recursos para saúde mental global sejam insuficientes para a demanda mundial, é importante lembrar que uma parcela considerável dos cuidados de AP e SM em desastres são, em sua maioria, de baixa complexidade, e não demandam uma atenção especializada, visto que pode ser ofertada pelas redes tradicionais de solidariedade (IASC, 2007; Patel, 2014a).

É preciso rever os conceitos de distúrbios e sofrimentos psíquicos a fim de contemplar os pontos de vista das comunidades a serem cuidadas, sendo imperativo promover uma interação com as percepções e compreensões daquilo que chamamos de sofrimento e transtorno para que possamos ganhar a credibilidade daqueles que nos propomos a cuidar (Patel, 2014b).

No que concerne ao modelo biomédico, Summerfield (2012b) aponta que a saúde mental global não tem resposta para a pergunta: “o que é um transtorno mental?” visto que as categorias mentais surgem com as decisões do comitê *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) ou da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), os quais baseiam-se em sintomas agrupados por nós, ocidentais, e não por uma natureza humana. Summerfield acrescenta que, deste modo, a “indústria da saúde mental”, pode tornar-se tanto parte do problema quanto da solução.

Outro ponto sobressaliente refere-se ao problema com as pesquisas e intervenções interculturais em desastres, onde o obstáculo muitas vezes não é exatamente a tradução realizada entre as línguas, “mas a tradução entre os mundos” (Summerfield, 2012b).

No que tange a saúde mental e atenção psicossocial em desastres, no ano de 2005, a publicação da OMS, produzida por Van Ommeren, Saxena, & Saraceno, reconheceu as críticas ao uso global e indiscriminado de termos frequentemente utilizados em situações de desastres, como o “estresse pós-traumático”, desaconselhando programas verticais de saúde mental pós-desastres. Ressaltaram, ainda que, mesmo no Ocidente, a natureza do sofrimento psíquico não é um consenso entre os profissionais e pesquisadores, tampouco a efetividade e segurança dos tratamentos. Pedersen et al. (2012) acrescentam que para promover a saúde mental, nesses contextos, é importante promover intervenções ampliadas, contemplando outros setores críticos, como educação e justiça.

Numa leitura contemporânea, a saúde mental global tem se esforçado para apresentar programas baseados nas necessidades das populações atendidas. Tais programas têm demonstrado compromisso e implicação social, entretanto, ainda é possível perceber um grande distanciamento entre a saúde mental global, a saúde pública mundial e o discurso das políticas de saúde (Summerfield, 2012a).

A oferta de dispositivos de cuidado em AP e SM implica na imprescindibilidade de uma apropriação às aproximações e às construções antropológicas, visto que a antropologia tem uma abordagem muito mais sofisticada para o sujeito como ser social, bem como, para o nexos de causalidade e tempo. As consignas locais precisam ser o ponto de partida para a elaboração de instrumentos válidos de triagem ou diagnóstico, fugindo do modelo ocidental de análise e testagem. O uso de abordagens qualitativas pode auxiliar a garantir estas análises visto que os dados devem vir do lócus regional para o global e não vice-versa, e precisam considerar as políticas públicas existentes no território.

Em consonância com as produções e considerações abordadas por esta revisão de literatura, no próximo capítulo apresentaremos os objetivos e o delineamento da pesquisa de campo que norteará esta pesquisa.

CAPITULO 4. METODOLOGIA

O presente capítulo tem como finalidade apresentar os objetivos que nortearam essa pesquisa, bem como o método traçado para alcançá-los.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar diretrizes operacionais que apontem subsídios para conformação de uma estratégia nacional de atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e de desastres.

Objetivos Específicos

- Compreender a percepção de sobreviventes, pesquisadores, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), a respeito da atenção psicossocial e da saúde mental em desastres.
- Investigar os desafios de conformar uma estratégia nacional de gestão integral de riscos e de desastres em saúde mental e atenção psicossocial compatível com as políticas públicas brasileiras;

4.1 Delineamento da Pesquisa de Campo

Ao estabelecer um método para esta pesquisa, a qual emerge do entrelaçamento entre as ciências humanas e as ciências da saúde, nos dispomos a estudar o processo contínuo de criação, expressão e transformação da realidade contemporânea, levando em conta prerrogativas metodológicas que não se baseiam na precisão do conhecimento, mas na profundidade da penetração e da participação ativa de ambos os sujeitos da pesquisa: investigador e investigado (Bakhtin, 2003).

Apoiadas nas elaborações Vygotskianas (Vygotsky, 1991), consideramos que todo conhecimento é sempre construído na inter-relação dos sujeitos, desta forma buscaremos produzir conhecimento admitindo a perspectiva da aprendizagem como processo social compartilhado e promotor de desenvolvimento. Vygotsky nos auxilia ainda a entender que esse tipo de abordagem, dialética, mesmo considerando a influência que o contexto imprime sobre o ser humano, este, formula e constrói sobre ele, produzindo, através das mudanças fomentadas nessa interação, novas condições para sua existência.

Nesse sentido, esta pesquisa foi norteadada pelos paradigmas teórico-metodológicos da abordagem qualitativa, a qual se propõe trabalhar com os significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, ou seja, preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo dos significados, motivos, aspirações, valores, atitudes presentes nas relações e ações humanas (Oliveira, 2009). Como bem lembram Pope e Mays (1995), esse tipo de pesquisa permite acompanhar aspectos complexos do comportamento humano.

A pesquisa qualitativa é concebida como um termo “guarda-chuva” a qual compreende vários métodos de investigação específicos e paradigmas que dependem da produção, análise e interpretação dos indicadores empíricos não quantificáveis. Há três métodos de extremo valor na pesquisa qualitativa: entrevista, grupos focais e observação participante. Esses métodos têm uma longa tradição de uso nas ciências sociais (Whitley & Crawford, 2005).

Ainda no que concerne à pesquisa qualitativa, nos baseamos na perspectiva histórico-cultural, tendo o materialismo dialético como pano de fundo, manifestando em seus métodos e arquitetura conceitual as marcas de sua filiação filosófica. Ancorados nessa perspectiva, buscamos refletir, junto aos participantes deste estudo, a integralidade humana, articulando dialeticamente o sujeito e a sua práxis na interpelação deste com a cultura à qual pertence, visando compreender o ser humano enquanto um sujeito histórico, datado, concreto, assinalado

por uma cultura e que, na medida em que produz e reproduz a realidade social, é ao mesmo passo produtor e produção de conhecimento (Freitas, 2002).

Pelo termo práxis, entendemos a atividade humana sustentada em reflexões, que envolvem as dimensões objetivas e subjetivas das atividades, sendo ao mesmo passo, criativa e autocriativa, processo este, onde o ser humano cria e transforma a si e ao mundo, inventando sua estratégia de conformação humana e histórica, na qual modifica constantemente as relações entre sujeitos, seus coletivos e o mundo que o envolve. Nesses termos, nos aproximamos das concepções filosóficas marxistas visto que houve uma intenção não de apenas observar e interpretar as produções e os produtos empíricos, mas houve uma intencionalidade em afetá-los através da interação (Bottomore, 1997; Vazquez, 1977).

Tendo em vista que nosso objeto de estudo está na rede de relações que o ser humano, ser expressivo e interativo, estabelece consigo, e, com o espaço histórico-cultural onde habita, não nos limitamos ao ato contemplativo, pois encontramos-nos perante um sujeito que tem voz e, portanto, não poderíamos apenas contemplá-lo, nesse sentido, interagimos com ele, estabelecendo um diálogo, articulando uma relação entre sujeitos, passando a uma perspectiva dialógica (Freitas, 2009).

No que concerne à estratégia adotada para delinear a pesquisa, nos valem das prerrogativas da pesquisa participante, a qual implica na participação tanto do pesquisador no grupo, contexto ou cultura pesquisada, quanto dos sujeitos que estão diretamente envolvidos no processo da pesquisa. Thiollent (1996, 1997) sustenta que existem diferentes formas de pesquisa participante, onde os sujeitos partícipes e os (as) pesquisadores (as), juntos, refletem sobre os processos de diagnóstico do problema, posto de forma interativa e colaborativa, além do que, se refere a fatos do cotidiano dos sujeitos partícipes e da pesquisadora, inferindo um caráter aplicado visto que alude a situações factuais e muitas vezes rotineiras para os partícipes.

Por considerarmos que método é, ao mesmo tempo, pré-requisito e produto, instrumento e resultado, durante o delineamento do método estivemos cômicas da perspectiva intencional da ação da pesquisadora, bem como da sua relação com a cultura e com o reflexo das interações sociais.

4.2 Contexto de Pesquisa

O contexto desta pesquisa versa sobre o espaço de gestão e conformação de estratégias de saúde mental e atenção psicossocial em desastres a partir das políticas públicas, envolvendo os três entes federados do Brasil (Estado, Municípios e União) e a sociedade civil.

4.3 Participantes da Pesquisa

Considerando a escolha metodológica, inicialmente não foi estabelecido um número fixo de participantes a serem entrevistados, não obstante, propomo-nos a contemplar um recorte amplo na amostra, realizando e analisando 24 entrevistas individuais. O quantitativo generoso de entrevistas individuais se deu na busca por contemplar os principais atores partícipes e atuantes na elaboração de estratégias de saúde mental e atenção psicossocial em desastre no Brasil, bem como, para tentar garantir que representantes dos estados mais afetados por desastres (MIN, 2012, 2014) fossem contemplados na amostra. No quadro abaixo encontram-se as categorias juntamente com os critérios de inclusão utilizados na amostra.

Tabela 3. Quadro descritor da amostra

CATEGORIAS E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
<p>SOBREVIVENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser, ou ter sido, morador de áreas que sofrem e/ou sofreram desastres em uma das cinco regiões do Brasil
<p>GESTORES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser, ou ter sido, gestor de saúde mental e/ou atenção psicossocial, atenção básica, urgência e emergência, proteção e defesa civil de um dos três entes federados • Ser, ou ter sido, atuante na primeira linha de intervenção a respostas em desastres da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) ou do Grupo de Apoio a Desastres da Defesa Civil (GADE)

- Ser, ou ter sido, gestor da Vigilância em Desastres (VIGIDESASTRES-SUS) de um dos três entes federados
- Ser, ou ter sido, membro do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), no período do desastre

TRABALHADORES

- Ter atuado na assistência direta a sobreviventes ou pessoas afetadas por desastres, no Brasil. Neste perfil incluímos voluntários, trabalhadores do sistema privado e participantes de coletivos atuantes e organizados, mas não necessariamente institucionalizados;
- Ser, ou ter sido, membro de organizações internacionais governamentais, ou não governamentais, que atuaram em desastres no Brasil;
- Ser, ou ter sido, membro do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Ação Social (SUAS) e Sistema Único de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC) no período do desastre
- Ser, ou ter sido, Representante da Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres do Conselho Federal de Psicologia (CFP)

PESQUISADORES

- Ser pesquisador na temática de desastres
- Ser docente, formador ou educador na temática dos desastres.
- Ser membro dos Centros de Estudos e Pesquisas em Desastres (CEPED) implantados no país

Tendo em vista que a maior parte dos entrevistados são pessoas públicas, nos embasamos no art. 9 da Resolução CNS/2016, que dispõe como direito dos participantes: “V – decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública” e demandamos a autorização de cada um dos participantes para utilizarmos suas identificações pessoais e, desta forma, auxiliar a identificar a relação que cada entrevistado estabelece com os desastres e o papel histórico que desempenham nessa temática.

Tabela 4. Relação Nominal dos Participantes da Primeira Etapa da Pesquisa

	Entrevistadas (os)	Relação estabelecida com os desastres
1.	Adriano Rodrigues Biajone	Sobrevivente e Voluntário, São Paulo
2.	Alicia Bustillos Ardaya,	Pesquisadora em Redução de Riscos de Desastres, Bonn University, Alemanha
3.	Carlos Felipe Balthazar	Bombeiro com experiência em desastres, Distrito Federal
4.	Carlos Machado de Freitas	Pesquisador do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES) da FIOCRUZ

5.	Cinthia Oliveira	Gestora do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastre - CENAD
6.	Dafne Rosane Oliveira	Pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas em desastres da Universidade de São Paulo, CEPED-USP
7.	Diane Maria Scherer Kuhn Lago	Docente da Universidade de Brasília
8.	Elaine Gomes dos Reis Alves	Pesquisadora e Membro do Núcleo de Emergências e Desastres do Conselho Regional de Psicologia (CRP-SP)
9.	Eliana Torga	Representante da Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres (CNPGIRD-CFP)
10.	Eliane Lima e Silva	Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES
11.	Gisele Cristina Manfrini Fernandes	Representante dos enfermeiros em emergências e desastres de Santa Catarina
12.	Jorge Sayde	Gestor da Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
13.	Karol Veiga	Ex-coordenadora de Saúde Mental, Rio Grande do Sul
14.	Kimberley Shoaf	Pesquisadora e Docente em Impactos de Saúde Pública em Desastres, Universidade de Utah
15.	Marco Andrey Teixeira Hermogenes	Representante da Comissão de Desastres do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal - CRP-DF
16.	Maria da Silva	Sobrevivente, M'Boi Mirim, São Paulo
17.	Maria Luiza Leal Pacheco	Psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul
18.	Mauro Kotlhar,	Coordenador Estadual do VIGIDESASTRES, Rio Grande do Sul
19.	Milena Nunes de Almeida	Gestora da Secretaria Estadual de Saúde-Goiás
20.	Norma Valêncio	Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres (NEPED-UFSCAR)
21.	Olavo Sant Anna Filho	Membro da Escola Paulista de Psicodrama, São Paulo
22.	Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer	Representante da Comissão de Desastres do CRP-DF
23.	Rosângela Gravina,	Artesã, sobrevivente do desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011
24.	Silvia Bentolila	Gestora do Ministério da Saúde da Argentina (MINSAL)

4.4 Descrição dos Procedimentos

Como primeiro procedimento da pesquisa, submetemos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil tendo como base a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS), o qual dispõe sobre as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Em posse da aprovação junto ao comitê de ética, através do parecer nº: 58110415.1.0000.5540, foram contatados os gestores dos Ministérios: da Saúde e Integração Nacional, através da Coordenação de Saúde Mental, e Departamento de Atenção Básica, bem como do Centro Nacional de Gestão de Desastres (CENAD) e Departamento de Minimização de Desastres da Secretaria Nacional de Defesa Civil.

Ao estabelecermos o contato inicial com os gestores nacionais, solicitamos uma lista com nomes, telefones e e-mails dos coordenadores estaduais e municipais de Saúde Mental, Atenção Básica e Defesa Civil, para enviarmos e-mails aos gestores dos municípios mais atingidos por desastres (levando em consideração todas as cinco regiões do país, o Atlas Brasileiro de Desastres Naturais (MIN, 2013b) e o Anuário Brasileiro de Desastres Naturais de 2013 (MIN, 2014), e marcamos as entrevistas individuais e/ou convidamos para participação nos grupos focais.

Na sequência, estabelecemos uma busca e (1) análise documental, baseado em documentos de domínio público de organismos nacionais e internacionais, governamentais e não-governamentais, que trabalham em situações de desastres. Do mesmo modo, analisamos documentos que possuem como conteúdo: avaliações de situações de desastres, mapeamento de territórios vulneráveis a desastres, planos e estratégias de gestão para desastres, modelos de intervenção e recuperação disponibilizados pelos três entes federados, pela Organização Internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Incorporamos, também, no acervo documental analisado, relatórios pessoais da pesquisadora concernentes a trabalhos de planejamento, formação, gestão e avaliação em desastres desenvolvidos para instituições nacionais, como o Ministério da Saúde e Conselho Federal de Psicologia, e internacionais, como Médicos Sem Fronteiras e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, realizados nos últimos dez anos. Realizamos ainda busca e

análise de imagens dos cenários de desastres no país, além de reportagens exibidas na mídia sobre a situação da população afetada por desastres no Brasil, nos últimos dez anos.

Para a seleção dos documentos foram considerados condicionantes como:

- Ter sido narrado, relatado e/ou produzido por gestores / trabalhadores / cuidadores/ pesquisadores da atenção psicossocial ou saúde mental para e/ou em situação de desastre nos últimos dez anos;
- Garantir que as narrativas sobre pacientes e/ou pessoas atendidas não contivessem nenhum tipo de mecanismo ou conteúdo que viesse a ferir a dignidade humana ou que colocasse suas vidas em risco em virtude da exposição;
- Assegurar que as imagens utilizadas não contivessem como conteúdo pessoas em situação de atendimento ou de ferimento a dignidade humana;

Para documentos como: guias, materiais didáticos ou protocolos, o critério utilizado foi:

- Servir de referência para trabalhadores, voluntários, gestores e pesquisadores que trabalhem em instituições, organizações e grupos (inter) nacionais de atenção psicossocial e saúde mental em desastres;
- Servir de referência para pessoas que vivam em áreas vulneráveis à riscos de desastres ou para sobreviventes ou pessoas afetadas por desastres;
- Ter sido publicado nos últimos trinta anos;

Para a produção de indicadores empíricos, os quais na perspectiva de Figueiredo (2004) não podem ser tratados como dados, visto que em certa medida são elaborados pelo pesquisador de acordo com suas necessidades, possibilidades conceituais e hipóteses, nos valem de (2) 24 entrevistas individuais com roteiro semiestruturado (ANEXO C) e, na sequência, realizamos (3) 3 grupos focais com um montante total de 170 participantes (ANEXO D) e (4) uma assembleia

conformada com os participantes dos três grupos focais. As etapas 3 e 4 foram realizadas durante o I Simpósio Internacional em Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e de Desastres, na cidade de Brasília.

No que concerne as fontes secundárias utilizadas nessa pesquisa, analisamos com uma ênfase mais acurada os seguintes documentos:

- Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991-2012 (MIN, 2013b);
- Anuários Brasileiros de Desastres Naturais dos anos 2011, 2012 e 2013 (MIN, 2012a, 2013a, 2014);
- Relatórios técnicos (Noal, 2012; Noal, & Vicente, 2011a, 2011b; Noal, & Stienen, 2013; Noal & Vicente, 2013);
- Políticas Públicas de Saúde, Legislações, diretrizes originados pelos ministérios de: Proteção e Defesa Civil, Saúde e Desenvolvimento Social;
- Documentos oficiais de organizações governamentais e não-governamentais, especialmente os desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS), Ministério da Integração Nacional (MI), Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Médicos Sem Fronteiras (MSF) e Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV);

Para a produção de indicadores foram também analisados relatórios técnicos produzidos pela autora dessa pesquisa, os quais foram elaborados durante o trabalho de campo para as organizações internacionais: Médicos Sem Fronteiras (MSF), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Ministério da Saúde do Brasil (MS) e Conselho Federal de Psicologia (CFP). Estes documentos, os quais contém percepções, análises de intervenção, sugestões e construções de estratégias de intervenção em desastres, não citam nomes de sobreviventes e/ou pessoas afetadas por desastres, tampouco expõem especificidades individuais de sobreviventes, profissionais, trabalhadores ou gestores.

Acreditamos ser relevante frisar que pelos parâmetros da abordagem histórico-cultural, ao estabelecer uma relação entre pesquisadora-sujeito, os partícipes (entrevistados (as) e membros dos grupos focais) passam a ser considerados parceiros da investigação. Em consequência disso, nosso foco deteve-se não sobre os sujeitos/participantes, mas na reflexão estabelecida junto com eles sobre suas práticas histórico-culturais na medida em que refletiam ou elaboravam estratégias de cuidado para populações e comunidades em situações de desastres (Souza & Castro, 1998).

No que concerne aos grupos focais, foram conformados a partir das premissas de Kitzinger (1995), o qual percebe este tipo de grupo como uma forma de entrevista em grupo que permite capitalizar a comunicação entre os participantes da pesquisa, produzindo conhecimentos empíricos. Nestes termos, fizemos uso desse dispositivo para explorar as atitudes, condutas, pensamentos e dificuldades singulares, visando esclarecer seus pontos de vista, que seriam menos explorados em uma entrevista individual.

4.5 Procedimentos para a Análise dos Indicadores Empíricos

ETAPA 1: Entrevistas

As entrevistas aconteceram entre outubro de 2015 e junho de 2018. A primeira etapa das entrevistas foi realizada pessoalmente durante o 7º Seminário Nacional Sobre Saúde em Desastres, o qual aconteceu entre os dias 7 e 9 de outubro de 2015 na cidade de Brasília.

A segunda etapa das entrevistas foi realizada através do envio das mesmas questões da primeira etapa, por e-mail, para todos os participantes que informaram que já haviam vivenciado desastres nas suas fichas de inscrição. Estes e-mails foram enviados nas semanas que antecederam o I Simpósio Internacional de Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e Desastres (I SISMGIRD), o qual aconteceu nos dias 23 e 24 de novembro de 2015, também na cidade de Brasília.

Na terceira etapa das entrevistas individuais os participantes foram convidados, por e-mail, a partir de indicações de pessoas reconhecidas pelo seu conhecimento teórico ou prático na temática dos desastres. Estes participantes receberam as mesmas questões dos demais.

No que concerne os locais das entrevistas presenciais, ressalta-se que ambos os eventos foram escolhidos por agregarem um volume expressivo (420 pessoas entre os dois eventos) de pessoas atuantes e de grande referência no campo dos desastres. Frisa-se que entre o público destes dois eventos, estiveram presentes: pesquisadores, gestores, sobreviventes, trabalhadores e interessados no tema. Os eventos que serviram de base para a realização das entrevistas têm as seguintes especificidades:

- 7º Seminário Nacional Sobre Saúde em Desastres, realizado pelo ministério da saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde, foi sediado na cidade de Brasília nos dias 7, 8 e 9 de outubro de 2015, reunindo 250 pessoas. Tal evento teve como objetivo reunir representantes de instituições governamentais (das esferas federal, estadual e municipal) e não governamentais que atuam em desastres para promover a troca de conhecimentos e fortalecer a capacidade de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) frente a desastres;
- I Simpósio Internacional de Saúde Mental e Gestão integral de Riscos e Desastres, organizado por meio de uma parceria entre a Universidade de Brasília, Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Este evento teve como sede a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, a qual se situa em Brasília, nos dias 23 e 24 de novembro de 2015, e teve como objetivo fundamentar, estimular e inspirar o debate e a produção de conhecimentos compatíveis com a atual demanda de conhecimentos específicos da temática da saúde mental e atenção psicossocial na

gestão integral de riscos e de desastres. Este evento reuniu 170 participantes implicados com o tema.

Ao analisar o perfil dos entrevistados, percebemos que a amostra denota um caráter multifacetado, uma vez que a maior parte dos entrevistados vivenciou o desastre por mais de uma perspectiva social. O número de entrevistados foi delimitado a 24 quando os critérios propostos no perfil dos entrevistados (ver tabela 3) foram alcançados.

No que concerne aos entrevistados individuais da segunda etapa, os quais foram identificados a partir das suas inscrições no I SGIRD e que haviam se autodeclarado como pessoas que haviam vivenciado um ou mais desastres nas diferentes categorias: gestores, trabalhadores, sobreviventes ou pesquisadores, foram enviados e-mails, com convite para responderem a uma entrevista escrita. No referido e-mail enviamos as mesmas questões das entrevistas individuais, contendo as seis questões semiestruturadas, que os demais entrevistados receberam, como é possível acompanhar abaixo:

1. O que é para você saúde mental e atenção psicossocial em desastres?
2. Qual a sua relação com a temática?
3. Em sua opinião quais seriam as diretrizes orientadoras de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil?
4. Em sua opinião quais são os atores centrais da organização de um desastre no Brasil?
5. Se você fosse o responsável por organizar uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil, quais seriam as suas principais ações e deliberações?
6. Em sua opinião quais são os maiores desafios para a elaboração de uma estratégia nacional de gestão integral de saúde mental e atenção psicossocial em desastres

Como mencionado anteriormente, para além dos perfis autodeclarados durante as inscrições do I SISMGIRD, na terceira etapa de entrevistas, foram convidados profissionais

reconhecidos pelo seu notório saber no tema dos desastres, em diferentes áreas, entre essas: sociologia, história, psiquiatria, psicologia e saúde pública. Ressaltamos ainda, que tanto na primeira, quanto na segunda e terceira etapa de entrevistas, participaram pessoas oriundas de diferentes países da América e Europa, como: Alemanha, Brasil, Canadá, Cuba, Estados Unidos, Chile e Argentina.

ETAPA 2: Grupos focais

Na busca por uma produção compatível com o método escolhido, isto é, que oportunizasse aos participantes falar, refletir e interagir com os saberes e as experiências de cada um dos entrevistados, foram propostos três grupos focais, com o intuito de promover a elaboração de subsídios para construção de políticas públicas de AP e SM em desastres. A partir dos grupos, os sentidos impressos nas respostas e entrevistas individuais receberam a influência do processo grupal.

Assinalamos que, ao estimular as trocas verbais coletivas com base nas respostas que haviam sido ofertadas pelos entrevistados, foi possível observar como os sentidos foram sendo construídos e negociados no grupo.

Parte da escolha por tal método se deu por entendermos que os grupos focais se aproximam, em significados, de conversações espontâneas, uma vez que são trocas verbais socialmente situadas, nas quais aqueles que interagem barganham e trocam saberes, produzindo conhecimentos. Outra parte dessa escolha se deu por este ser um modelo amplamente utilizado nas pesquisas em saúde desde a década de 1940 (Stewart & Shamdasani, 1990; Gondim, 2002).

Tendo em vista que os grupos focais têm como mote a produção de dados empíricos por meio das trocas e interações advindas dos membros dos grupos, na medida em que os participantes discutem tópicos sugeridos pela pesquisadora (Morgan, 1997), utilizamos essa ferramenta para aprofundar o conteúdo das entrevistas, mas principalmente para compreender

como os participantes tecem o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais (Veiga & Gondim, 2001).

Participantes dos Grupos Focais

A escolha dos participantes dos grupos focais, assim como dos entrevistados, deu-se de forma intencional. Para fins dessa escolha, com o auxílio da equipe organizadora do I SISMGIRD estabelecemos contato com organizações nacionais e internacionais com notório reconhecimento de seus trabalhos em situações de desastres no Brasil, Ministérios e instituições nacionais e internacionais, governamentais ou não, que haviam elaborado e/ou estavam elaborando estratégias psicossociais de planejamento, intervenção, monitoramento ou avaliação junto às populações afetadas por desastres em território nacional na última década.

Convidamos à participação nos grupos focais os participantes inscritos que formalizaram suas inscrições diretamente no site do I SISMGIRD ou através da plataforma de inscrição em eventos oficiais do Ministério da Saúde: FormSUS. Convidamos também atores experientes em situações de desastres indicados pelas seguintes instituições: Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde (MS), Ministério da Integração Nacional (MIN), Conselho Federal de Psicologia (CFP), Conselhos Regionais de Psicologia (CRP) e a Organização Internacional de Ajuda Humanitária Médicos Sem Fronteiras.

Para escolha dos gestores, trabalhadores e sobreviventes dos desastres oriundos dos municípios e estados brasileiros buscamos ainda respeitar o ranqueamento dos municípios e estados mais atingidos por desastres no recorte de tempo 1990 a 2018, baseamo-nos para tanto, nas informações provenientes do Atlas Brasileiro de Desastres Naturais (MIN, 2013b), do Sistema Integrado de Informações Sobre Desastres - S2ID (MIN, 2018), de responsabilidade do Ministério da Integração Nacional e do Anuário Brasileiro de Desastres Naturais 2013 (MIN, 2014). Nesse sentido, priorizamos aqueles estados com o maior número de pessoas afetadas por desastres, segundo os documentos aqui descritos.

Ao contatar as Organizações Não-Governamentais foram priorizadas as instituições que trabalham ou trabalharam no território brasileiro de forma complementar e/ou respeitando, por meio de suas estratégias operacionais, a perspectiva das ações e serviços de saúde regulamentados pelas seguintes leis e políticas:

- Lei Orgânica da Saúde 8.080 (1990);
- Lei Orgânica de Assistência Social, regulamentada pela Lei 8.742 (1993);
- Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, Lei nº 12.608 (2012);

A fim de capitalizar o encontro presencial de muitas referências nacionais e internacionais da Gestão de Risco e de Desastres, propusemos à comissão organizadora do I Simpósio Internacional de Gestão de Riscos e de Desastres (I SIGRD) evento, o qual a pesquisadora desta tese também foi membro, realizar os grupos focais durante o evento.

Ressaltamos que o I SISMGIRD foi sistematizado tendo como prerrogativas um sistema de cotas que contemplasse os atores centrais de um desastre em território brasileiro. Nestes termos, as vagas destinadas aos 170 participantes foram divididas da seguinte forma:

- 37 vagas destinadas a: Gestores municipais, estaduais e federais do Sistema Único de Saúde (SUS), ou do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil;
- 44 vagas destinadas à: Técnicos do Sistema Único de Saúde (SUS), ou Técnicos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), ou Técnicos do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), ou Emergencistas de diferentes áreas;
- 25 vagas destinadas à: Professores e Pesquisadores da área dos desastres;

- 25 vagas destinadas à: Estudantes de graduação e pós-graduação interessados no tema;
- 39 vagas destinadas à: profissionais de reconhecido conhecimento técnico e operacional a serem convidados pelo Ministério da Saúde e Organização PanAmericana da Saúde;

No intuito de possibilitar a participação do maior número possível de pessoas atuantes e conhecedores da realidade dos desastres no território nacional, o convite para participação no evento e, conseqüentemente, na pesquisa, foi divulgado em meios digitais como: site do simpósio⁵, site do ministério da saúde⁶, Lista de e-mails da organização Pan-americana da Saúde, e mídias sociais como: facebook⁷, twitter⁸ e o aplicativo de rede social WhatsApp.

Como procedimento para participar da seleção, foi disponibilizada uma plataforma padrão do Ministério da Saúde⁹ para tanto os interessados deveriam preencher um formulário com seus dados pessoais e na sequência responder três perguntas:

1. Você já teve alguma vivência em situações de Desastres? Como?
2. Como você relaciona o campo da saúde mental na gestão integral de riscos e desastres com a sua área de atuação?
3. Justifique de forma breve por que você deveria ser selecionado.

Em posse de um montante de 200 questionários preenchidos pelos interessados em participar do simpósio, a pesquisadora desta tese, juntamente com as demais integrantes da

⁵ <http://pesquisadesastres.wixsite.com/simposio2015>

⁶ <http://redehumanizasus.net/93195-i-simposio-internacional-de-saude-mental-na-gestao-integral-de-riscos-e-desastres/>

⁷ <https://www.facebook.com/profile.php?id=100010274736373>

⁸ <https://twitter.com/pdesastresunb>

⁹ http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23254

equipe organizadora do evento, selecionou 170 participantes com experiência em gestão, trabalho, estudo e/ou pesquisa, ensino ou extensão em desastres nacionais e internacionais, de acordo com as cotas anteriormente descritas e com o nível de conhecimento\envolvimento dos participantes em relação aos desastres.

A seleção dos inscritos deu-se por uma equipe de quatro pesquisadoras em desastres, três da Universidade de Brasília (UnB) e uma da Universidade de São Paulo (USP), também organizadoras do evento, as quais ficaram responsáveis pela leitura e análise das respostas. Em um primeiro momento, duas pesquisadoras fizeram uma leitura minuciosa das respostas de cada um dos 200 formulários preenchidos.

Por razões éticas, optamos por substituir os nomes dos candidatos que preencheram os questionários por números, primando pelo anonimato, a fim de não influenciar no processo de seleção das respostas. Após a primeira análise e escolha dos perfis esperados para participar do simpósio, os formulários selecionados foram enviados a outros dois membros da comissão de seleção para revisão e análise, a fim de certificar-se que os selecionados contemplariam os pré-requisitos para participação no evento.

A partir dessa seleção, foi enviado para cada um dos selecionados um link para acessar materiais que subsidiariam as discussões. Tais materiais foram indicados pelos palestrantes do I SISMGIRD, por serem materiais que fomentam e embasam a discussão do tema, bem como fundamentam as políticas públicas nacionais relacionadas a temática. Na sequência, foram enviados materiais e marcos de referência nacional e internacional na área da saúde mental em desastres, conforme se pode visualizar a seguir:

1. Van Ommeren, Saxena & Saraceno. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?;
2. Pedersen. (2015). Replanteando la violencia y el trauma como un desafio global;

3. Pedersen. (1994). Seminario de Antropología Médica Instituto de Saúde Coletiva – UFBA: A few ethnographic notes concerning violence in Brazil;
4. Batniji, Van Ommeren & Saraceno. (2006). Mental and social health in disasters: Relating qualitative social science research and the Sphere standard;
5. World Health Organization. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress;
6. Stranz, Boselli & Alencar. (2010). Estudo Técnico/CNM. Desastres naturais no Brasil. Análise das portarias de Situação de Emergência e Estado de Calamidade Pública de 2003 a 2010;
7. Reginaldo, Pacheco, Baldessar & Franzoni. (2013). Redução de Riscos de Desastres na Prática: a participação da Defesa Civil e do município em plataformas digitais de redes sociais;
8. Spink. (2014). Viver em áreas de risco: tensões entre gestão de desastres ambientais e os sentidos de risco no cotidiano;
9. Valencio, Siena, Marchezini & Gonçalves (orgs). (2009). Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil;
10. Carmo & Anazawa. (2014). Mortalidade por desastres no Brasil: o que mostram os dados;
11. Ministério da Integração Nacional. (2010). Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia;
12. Favero, Sarriera, & Trindade. (2014). The disaster on the psychological and sociological perspective;
13. Valencio. (2014). Desastres: tecnicismo e sofrimento social;
15. Organização Pan-Americana da Saúde & Ministério da Saúde. (2015). Desastres Naturais e Saúde no Brasil;

16. Protección de la Salud Mental en Incidentes Críticos, La Red PROSAMIC “Una Red para la protección de la Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires”;

17. UNISDR (2015). Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015- 2030;

18. World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies;

19. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings;

20. Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015). Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo;

21. Kirmayer, Kienzler, Afana, & Pedersen. (2010). Trauma and disasters in social and cultural context;

22. Bustamante, Rivera Holgin & Matos Retamozo. (2013). Violencia y Trauma en el Perú: Desafíos y Respuestas;

Após o envio por e-mail e a disponibilização desses materiais no site do simpósio para os participantes selecionados, a pesquisadora desta tese reuniu-se com as três pesquisadoras que moderariam os grupos focais, juntamente com as três co-moderadoras, três pesquisadoras apoiadoras de grupo que realizaram um trabalho de observadoras e com as três relatoras de cada grupo, totalizando um montante de 13 pessoas, a fim de sistematizar a metodologia para os grupos focais.

Mesas temáticas

Durante os dois dias do I SISMGIRD, os 170 selecionados foram convidados a participar de seis mesas temáticas. Tais mesas foram propostas a fim de estimular as reflexões e os debates, para tanto, foram convidados para compor as mesas pessoas que estiveram em desastres e incidentes críticos com grande impacto socioambiental no território nacional nas últimas três

décadas, como: o Incêndio da Boate Kiss, 2013; os Deslizamentos de terra na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011; as enchentes e deslizamentos de Santa Catarina, 2008 e a Contaminação por Césio-137, no ano de 1987.

As mesas foram compostas garantindo a presença de sobreviventes, gestores, trabalhadores e pesquisadores. Cada um apresentou suas perspectivas a partir do lugar em que ocupava no momento do desastre. Na sequência das apresentações, os participantes foram convidados a refletir e debater os seis temas abaixo:

1. Políticas Públicas e Desastres;
2. Pesquisa, ensino e extensão na gestão integral de saúde mental em desastres;
3. Elaboração de estratégias de saúde mental em desastres;
4. Elaboração de estratégias de saúde mental em desastres e eventos críticos;
5. Saúde mental global e desastres;
6. Contexto internacional da saúde mental na gestão integral de riscos e desastres;

Tais temas foram escolhidos por serem centrais na conformação de estratégias de AP e SM em desastres no Brasil, e por serem questões recorrentes nas reflexões dos atores partícipes nos eventos dessa natureza. Os grupos foram realizados em dois dias consecutivos.

No primeiro dia, a divisão dos 170 participantes aconteceu por categoria de inscrição, e desta forma, os grupos tiveram um número díspar de participantes. Nesse primeiro dia, por ter sido disponibilizado apenas 60 minutos para a interação entre os membros de cada grupo, foram utilizadas dinâmicas coletivas de apresentação, a fim de integrar os membros de cada um dos grupos e poderem, ao mesmo tempo, utilizar a maior parte da programação para as discussões, reflexões e proposições. Nestes grupos, as discussões foram estimuladas tendo como base as seguintes prerrogativas:

- Qual é o meu papel enquanto (gestor(a)/ trabalhador(a)/ pesquisador(a)/ estudante/ sobrevivente) na saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de desastres;
- Como percebo a definição deste papel;
- Como atuo;
- Contextualização da conjuntura atual deste lugar;
- Desafios;
- Implicações;
- Sugestões para conformação deste papel na estratégia nacional;

No final do primeiro dia, após as apresentações pessoais que auxiliaram a introduzir os históricos dos participantes em relação aos desastres, cada uma das três moderadoras entregou o relato das discussões oriundas dos grupos, a fim de que as discussões e respostas fossem analisadas juntamente com as entrevistas dos participantes que haviam enviado suas questões durante a inscrição destes no I SISMGIRD, servindo estas, de subsídio para os grupos do segundo dia.

No segundo dia de grupos focais, a fim de distribuir os participantes em três grupos, cada um dos participantes do evento recebeu aleatoriamente um número de 1 a 3. Cada número correspondia a um dos grupos. A seguir todos os participantes foram convidados a refletir e debater os três temas abaixo:

- a) atores necessários na Gestão Integral de Risco;
- b) definições de Atenção Psicossocial e Saúde Mental;
- c) estratégias, diretrizes e ações na gestão integral de risco;

Conforme já foi descrito anteriormente, cada um desses três grupos foi conformado por uma equipe previamente treinada de moderadora, co-moderadora, apoiadora/observadora e participantes do simpósio.

Ressaltamos que além dessa equipe, os membros dos grupos foram convidados a eleger um(a) relator(a) e um(a) apresentador(a) por grupo, a fim de que as relatorias apresentadas garantissem a escolha democrática dos integrantes de cada um dos 3 grupos. Para fins de registro e análise das discussões, antes do início dos grupos, as moderadoras demandaram aos participantes uma autorização para que todas as discussões fossem registradas por relatorias.

Nesse segundo dia, cada um dos três grupos foi conformado por aproximadamente 50 participantes das categorias: Trabalhadores, Sobreviventes, Pesquisadores, Docentes e Estudantes. No início de cada grupo foram distribuídas as respostas individuais do questionário que os participantes haviam enviado por e-mail durante sua inscrição, bem como o conteúdo da relatoria dos grupos do dia anterior, servindo assim, de subsídio para as discussões.

Na sequência, os membros dos grupos foram convidados a:

- Discutir e propor um modelo que apontasse Princípios e Diretrizes para elaboração de uma estratégia nacional que contemple as idiossincrasias das cinco regiões do país
- Levar em conta na discussão a saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de Desastres através dos eixos de: prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação

Como encaminhamento destes processos, emergiu:

- A compilação das propostas do grupo para serem apresentadas para o coletivo ampliado de todos os participantes do I SISMGIRD, nominado de assembleia;

- Sugestões para elaboração de um documento agregador (Manifesto) com sugestões de diretrizes e ações a ser assinada pelos membros do simpósio e destinada aos gestores nacionais;

ETAPA 3: Assembleia Geral

Dando continuidade ao processo metodológico, ao final dos grupos focais, todos os participantes foram convidados a integrar a terceira etapa: Assembleia Geral. Os participantes foram estimulados a escolherem, em cada um dos três grupos, representantes para sistematizar as discussões e apresentar aos membros da assembleia geral. Em assembleia geral, com a participação das 170 pessoas, estes acordaram ainda a redação estrutural de um documento agregador das reflexões e sugestões, nominado de Manifesto.

O grupo optou por nomear este documento de “Manifesto”, com o objetivo de registrar as considerações e consignas debatidas e servir de subsídios para elaboração de políticas públicas junto aos atores da gestão nacional, como: o Ministério da Saúde, o Ministério da Integração, o Ministério do Desenvolvimento Social, o Ministério da Educação, a Organização Pan-americana da Saúde, as universidades, e a sociedade civil das diferentes regiões do Brasil, entre outros atores.

Ao término de cada um dos grupos e da assembleia geral, as transcrições literais das falas dos participantes foram entregues à autora desta tese pelas redatoras, a fim de que fossem compiladas e servissem de material de análise.

No mês seguinte ao I SISMGIRD, em dezembro de 2015, em posse dos relatórios de cada um dos grupos e do documento estrutural produzido na assembleia, os representantes escolhidos pelos grupos focais se reuniram com uma representante do Ministério da Saúde e um representante da Organização Pan-americana da Saúde, juntamente com a autora desta tese, para elaborar a versão final do documento conjunto (Manifesto).

Aspectos Éticos

As entrevistas, os grupos focais, a assembleia e as pesquisas em documentos e relatórios realizadas no decurso desta pesquisa foram realizadas dentro de uma perspectiva ética de respeito à dignidade humana. Na medida em que foram entrevistados gestores públicos, trabalhadores e sobreviventes, entendidos como pessoas públicas e de conhecimento notório, a pesquisadora entende que não haviam riscos concernentes a aspectos éticos, visto que tais discursos já vinham sendo apresentados e defendidos por esses atores no cenário locoregional ou nacional. Os documentos, políticas públicas, projetos, guias e protocolos utilizados, são arquivos de domínio público. Apenas os relatórios técnicos de trabalho pessoal da autora desta tese são documentos de uso restrito das organizações ao qual trabalhou como: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Médicos Sem Fronteiras (MSF) e Ministério da Saúde (MS). Entretanto, salientamos que tais documentos não versam sobre atendimentos individuais e ou referem-se a atendimentos de pessoas que contenham identificações pessoais das pessoas atendidas.

No que concerne aos cuidados previstos em relação aos entrevistados, para o caso de que algum(a) participante tivesse um desconforto emocional significativo diante das lembranças dos episódios vivenciados nos desastres, disponibilizamos os telefones e e-mails da autora e da orientadora desta tese, para que, se necessário, os encaminhamentos fossem feitos, e acompanhados por nós, junto ao Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília (CAEP/UnB), ou o Serviço público mais próximo da residência da pessoa solicitante. Enfatizamos aqui, que não recebemos nenhuma demanda nesse sentido.

Ainda no que concerne aos aspectos éticos, foram elaborados dois modelos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): o primeiro deles direcionado para os entrevistados individualmente (ANEXO A) e o segundo voltado para os representantes dos grupos focais (ANEXO B).

Compromisso Social

No que concerne ao compromisso social dessa tese, a autora se compromete, após a aprovação dessa junto a banca de defesa, em oferecer às organizações que forneceram materiais, indicaram nomes e/ou foram convidadas a colaborar com essa tese, a realizar uma devolutiva das análises e resultados e, nesse momento, convidar a todos os entrevistados ou partícipes dos grupos focais a participarem dessa devolutiva, bem como serão convidados a acessarem o material disponível dessa tese no repositório virtual da Universidade de Brasília.

Direitos dos Participantes

Ressaltamos que, ainda que esta pesquisa tenha como foco as questões técnicas da elaboração e implementação de estratégias de gestão e cuidado relacionadas à saúde mental e atenção psicossocial em situações de desastres, reforçamos que os entrevistados estão amparados pela Resolução CNS N° 466 de 2012, a qual define dano associado (ou decorrente) da pesquisa o “agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, ao indivíduo ou à coletividade, decorrente da pesquisa” (item II.6).

Ainda no item V.6, a citada Resolução define que

O pesquisador, o patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, nos termos do item II.3, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa (Resolução 466 de 2012).

Benefícios

Na medida em que até o momento do envio desta tese para a banca, não havia sido publicada nenhuma estratégia e/ou política pública nacional concernente a Saúde Mental ou Atenção Psicossocial na Gestão Integral de Riscos e de Desastres, esta pesquisa poderá ser utilizada como um dispositivo de análise, bem como uma ferramenta para compreensão do cenário brasileiro atual, para que venha auxiliar na criação de protocolos, políticas, guias, entre outros mecanismos que auxiliem na produção de cuidado específico para populações acometidas por desastres no território brasileiro.

Ainda no que concerne aos benefícios, acreditamos tratar-se de projeto de pesquisa com tema de interesse científico e social, tanto para produção de conhecimentos, quanto para reflexão e elaboração de políticas públicas nacionais.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para fins de análise dos indicadores empíricos os resultados e discussões foram divididos em três etapas: Etapa 1: Entrevistas Individuais, Etapa 2: Grupos Focais, Etapa 3: Assembleia.

ETAPA 1: ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

No que concerne à etapa 1, todas as entrevistas que haviam sido realizadas pessoalmente e gravadas em formato MP3, foram transcritas e posteriormente inseridas em uma tabela juntamente com as respostas das entrevistas que haviam sido enviadas por e-mail para os inscritos no I SISMGIRD. Agregamos, ainda, na mesma tabela, as respostas das entrevistas enviadas por e-mail para os profissionais de notório saber que foram convidados a responder por serem referências nacionais e/ou internacionais em suas áreas de trabalho no campo dos desastres.

A tabela, contendo todas as respostas, foi sistematizada e categorizada no programa Excel por meio dos filtros: GESTORES, TRABALHADORES, SOBREVIVENTES E PESQUISADORES. Cada uma das perguntas foi analisada através dessas categorias para realizar a leitura e, a partir de então, realizar a análise do material empírico produzido.

Na sequência, destacamos as repostas que se sobressaíram em termos de conteúdo, sugestão ou representatividade da ideia dos entrevistados daquela categoria, ou ainda, aquelas que indicavam posicionamentos relevantes para a construção de uma diretriz ou estratégia de AP ou SM e as agrupamos por proximidade de conteúdo. A seguir é possível acompanhar os resultados e suas análises de acordo com cada categoria.

5.1 Percepções e Conceituações em Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Desastres

GESTORES

Ao analisarmos o conteúdo das respostas relativas à questão 1: “O que é pra você saúde mental e atenção psicossocial em desastres?”, na categoria GESTORES, percebemos que os conteúdos se mostraram bastante díspares. Parte dessas respostas apontam para o que os entrevistados definem como conceito de Saúde Mental (SM) e Atenção Psicossocial (AP), outras para o que esses termos representam para eles. A maior parte dos entrevistados em suas respostas enfatizou que ambas são fundamentais na conformação de uma estratégia de cuidado voltada para situações de desastres, particularmente para reduzir os danos psíquicos das pessoas afetadas por esses eventos. Na resposta da gestora ministerial, Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES é possível acompanhar parte desses resultados: “(...) são eixos de atuação num desastre, e são essenciais para redução do dano”.

Da mesma forma, a gestora Silvia, com experiência internacional no campo da saúde mental e atenção psicossocial em desastres, entende que SM e AP também aparecem como aspectos fundamentais para conformação de uma estratégia integral voltada para populações afetadas por desastres. Entretanto, ao especificar o principal objetivo de incorporarmos os componentes AP e SM, menciona somente à fase da reconstrução pós-desastres, como é possível identificar no trecho abaixo:

(...) la Salud mental en Emergencias y desastres y muy especialmente el apoyo psicosocial son un aspecto fundamental de una respuesta integral a la población afectada por situaciones críticas (...) Está básicamente dirigida a acompañar a las personas en la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida, cuidando

el respeto por la dignidad y los derechos humanos (Silvia Bentolila, MINSAL-Argentina).

Numa resposta complementar à de Silvia, mas bastante distinta das produções acadêmicas publicadas na América Latina - que em sua maioria abordam a SM e a AP por meio da perspectiva clínica na fase da resposta (Vicente et al., no prelo), a entrevistada Milena pontuou a necessidade de capilarizar os trabalhos dos profissionais de saúde mental, em outras esferas de cuidado, como, por exemplo, nos comitês, estudos, entre outros, a fim de estabelecer um planejamento integral, levando-se em conta as ações antes, durante e após o desastre, isto é, numa perspectiva que considere a Gestão Integral de Riscos e de Desastres. Para a gestora Milena:

É a atuação de profissionais de saúde mental na prevenção e assistência à populações em situações de riscos e desastres, bem como no planejamento de ações e participação de comitês, grupos de estudos e pesquisas que contribuam para o planejamento de ações de prevenção e cuidado, construção de fluxos e estratégias nesta área (Milena Nunes de Almeida, Secretaria Estadual de Saúde-Goiás).

As respostas das gestoras Silvia e Milena, refletem a maior visibilidade social do tema, em grande parte estimuladas pela publicação do Marco de Ação de Hyogo (UNISDR, 2005) e pelo Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015- 2030 (UNISDR, 2015), os quais o Brasil é signatário. Nas suas repostas, as(os) gestoras(es) entrevistadas(os) reiteram que a saúde mental e a atenção psicossocial têm sido percebidas como demandas crescentes junto as populações afetadas por eventos dessa natureza, como pode ser percebido na resposta do gestor Mauro:

Pra nós é o que...ela representa, na verdade, uma das demandas que a gente identifica né, que existe numa população que foi atingida por evento impactante né, então normalmente

a população é impactada e a saúde mental e a gente, cada vez nós temos identificado que ela é mais importante como, ah... algo que não só tem aquele efeito agudo inicial né, mas que fica por um tempo ainda né, presente ali e traz efeitos sobre a saúde né, secundários até, a ansiedade, dores, dor na costas, né (...) (Mauro Kotlhar, Coordenador estadual do VIGIDESASTRES, Rio Grande do Sul).

Em consonância com a diversidade de conceitos descrita pelos gestores entrevistados está a resposta da gestora Cinthia, a qual corrobora com a publicação da Organização Mundial da Saúde, de 2001, intitulado de “Relatório Mundial da Saúde: A Saúde Mental Pelo Prisma da Saúde Pública” (OMS, 2001) quando afirma que:

(...) não existe um conceito único e oficial do que seja saúde mental. Desta forma, o ser humano deve ser visto como um ser integral e complexo, sujeito as influências culturais e interação com o meio ambiente que afetam o modo como “saúde mental” pode ser compreendida. Em outras palavras, pode-se entender a saúde mental como a capacidade subjetiva que busca equilíbrio entre as situações adversas e as contingências internas da própria existência. Diante de condições extremas, como na ocorrência de um desastre, inegável o sofrimento psíquico de todos os envolvidos e onde há sofrimento psíquico cabe atuação do psicólogo. Portanto, frente à uma situação excepcional e de profunda dor diante de todo tipo de perdas, as reações dos afetados são absolutamente variadas e imprevisíveis, fazendo-se necessária a intervenção psicossocial a fim de minimizar as consequências advindas da vivência (...) (Cinthia Oliveira, Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastre – CENAD).

Em consonância com a resposta de Cinthia, a Organização Mundial da Saúde (2001) declarou que, numa perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. Apesar de não haver um consenso, de um modo geral, os gestores entrevistados

parecem concordar com o fato de que a saúde mental é mais do que a ausência de perturbações mentais.

Embora a diferença na definição dos conceitos de AP e SM não apareça com ênfase nas respostas dos entrevistados, fragmentos de suas narrativas indicam a noção de cuidado abrangente, aproximando-se do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (Lei 8.080, 1990), e das perspectivas de cuidado em AP e SM defendidas pelos especialistas do IASC (2007). As respostas apontam, também, para a noção de bem-estar subjetivo, autonomia, competência, noções também abarcadas nos conceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001).

No que concerne ao termo Atenção Psicossocial, o qual tem sido um conceito que aparece com uma frequência maior nos guias e protocolos internacionais voltados para a temática dos cuidados em desastres, sua definição, nas respostas dos entrevistados, parece ancorar-se na construção de vínculos e em uma complexa rede de conhecimentos e de intervenções que perpassam diferentes tipos de saberes e cuidados, atuando de acordo com as necessidades psicossociais apresentadas por aqueles que demandam auxílio (Costa-Rosa, 2000; Noal et al., 2016).

TRABALHADORES

Ao analisarmos as respostas da categoria TRABALHADORES, à pergunta: “O que é pra você saúde mental e atenção psicossocial em desastres?” é possível perceber a concepção pragmática e, ao mesmo tempo, orientada para um cuidado que possibilite a garantia e/ou a retomada das funcionalidades daqueles que se encontram em uma situação de desastres, ou tenham experienciado uma situação dessa natureza.

As respostas reforçam o viés da ruptura sofrida na vivência do desastre e da relevância do trabalho desempenhado pelas equipes de AP e SM para restabelecer a funcionalidade, bem como para promover a estabilização emocional de uma determinada comunidade. As perspectivas apresentadas estão muito próximas as defendidas pelos guias e manuais de AP

vigentes na Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010, 2013, 2015) como é possível acompanhar nas respostas abaixo:

É a área que atua em favor da proteção e melhoria da saúde mental das pessoas e o bem-estar psicossocial diante de situações de emergências, desastres e catástrofes, as quais eliciam sofrimento e impõem a ruptura da funcionalidade/continuidade da(s) comunidade(s) atingida(s) (Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marco Andrey Teixeira Hermogenes, Representantes da Comissão de Desastres do CRP-DF).

É toda e qualquer ação cujo propósito seja proteger ou promover o bem-estar psicossocial da população afetada por desastres bem como aos profissionais de primeira resposta. O objetivo é garantir que o indivíduo possa superar os eventos adversos, de modo a continuar trabalhando de forma produtiva e agregando algo à sua comunidade (Olavo Sant Anna Filho, Escola Paulista de Psicodrama, São Paulo).

Em resposta a mesma questão, a psicóloga Eliana, deixou evidente a necessidade de incluir a AP em uma estratégia de gestão integral de riscos e de desastres, a fim de manter o desenvolvimento de melhores competências para a SM: “A atenção psicossocial engloba um cuidado multi e interdisciplinar, na perspectiva individual e social visando a manutenção ou o desenvolvimento de melhores competências para a saúde mental (...)” (Eliana Torga, Representante da CNPGIRD-CFP).

Assim como na categoria gestores, a definição de AP e SM em desastres também apareceu atrelada à perspectiva de uma gestão integral em desastres nas respostas dos trabalhadores entrevistados. Nesse sentido, entendemos que a percepção dos entrevistados está direcionada a um conceito abrangente de cuidado referindo-se às ações longitudinais, como é

possível verificar na resposta do bombeiro, Carlos Felipe Balthazar: “Orientação e atenção seja antes do ocorrido e o pós-traumático”. Ou, ainda, na resposta da enfermeira Gisele:

Entendo a saúde mental e atenção psicossocial em desastres como cuidado na perspectiva longitudinal, considerando a promoção da saúde o paradigma da atuação junto das comunidades, famílias e indivíduos em situações variadas de risco e vulnerabilidade para e em desastres (...) (Gisele Cristina Manfrini Fernandes, representante dos enfermeiros em emergências e desastres, Santa Catarina).

Vale frisar que na resposta de Carlos, assim como na de outros entrevistados, aparece o termo pós-traumático vinculado aos termos Atenção Psicossocial e Saúde Mental. Ressaltamos, que assim como os entrevistados, grande parte dos trabalhadores de AP e SM no Brasil atuam nestes contextos tendo como premissa de trabalho os cuidados voltados para o diagnóstico de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), na fase da resposta ou na fase da reconstrução. Entretanto, é importante lembrar que os especialistas (IASC, 2007) consideram que apenas uma pequena parcela da população afetada por desastres desencadeará reações e sintomas a médio e longo prazo e uma parcela ainda menor deste montante desencadeará sintomas compatíveis com o TEPT.

SOBREVIVENTES

Encontrar pessoas dispostas a serem entrevistadas na categoria SOBREVIVENTES exigiu um esforço muito maior que entrevistar os representantes das demais categorias. Ressalta-se que mesmo após encontrarmos pessoas que se identificavam com esta categoria, contatadas por meio de indicações de trabalhadores e gestores de desastres, fez-se necessário enviar um número expressivo de convites (mais de dez) a sobreviventes de desastres de diferentes regiões do país, antes que os dois entrevistados dessa pesquisa aceitassem responder as perguntas.

A ausência de estruturas sociais de organização da sociedade civil, bem como a falta de uma participação ativa dos sobreviventes de desastres em organismos estruturados de controle social, ou na construção de políticas públicas brasileiras, não apenas dificulta a identificação destas pessoas, como predispõe a invisibilidade destes enquanto grupo organizado e reivindicador de direitos e demandas.

Uma possível justificativa para essa recusa das pessoas identificadas na categoria sobrevivente, contatadas por nós, pode ser o fato de que o número de pesquisadores nessa área vem aumentando ao longo da última década no Brasil, o que tem desencadeado uma procura por relatos e acessos as histórias vividas por esses sobreviventes, sem necessariamente oferecer uma devolutiva sobre as pesquisas e ações que resultaram dessas entrevistas. Essa busca por relatos e informações advindas dos sobreviventes, tem aparecido em publicações nacionais, especialmente após os deslizamentos de terra na região serrana do Rio de Janeiro, no ano de 2011 (Favero, et al., 2014).

Parte das queixas desses sobreviventes que se recusaram a participar gravita sobre o fato de que a abordagem acadêmica não garante um retorno pragmático para aqueles que, de alguma forma, foram afetados por eventos dessa natureza. Ao mesmo tempo, pode dever-se ao fato de que boa parte destes estudos não tem desencadeado uma mudança de paradigma no suporte e cuidado a estes sobreviventes, ou ainda denota a distância que a academia mantém frente as situações complexas que uma situação de desastres remete.

Retomando a análise das questões respondidas pelos entrevistados categorizados como sobreviventes, encontramos Adriano, que além de ter sido afetado diretamente em situações de desastres, também foi voluntário em outros eventos dessa natureza. Na resposta de Adriano a respeito da questão: “O que é pra você saúde mental e atenção psicossocial em desastres?”, encontramos a noção de cuidado para além do operacional concreto, remetendo a amplitude das demandas humanas no momento de um desastre, como pode-se verificar na narrativa abaixo:

Penso que seja a atenção no cuidado com a subjetividade das pessoas vítimas nos desastres (ou envolvidas indiretamente). O olhar ampliado da questão, para além das questões objetivas, visíveis. Além da casa destruída ou invadida pela inundação. Além da lama, da destruição de muros, paredes, carros, barreiras, mas o olhar à subjetividade, o medo, a insegurança, a perda das lembranças, de histórias vividas no bairro, nas ruas, nas paredes, etc (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

Já a perspectiva de Rosângela, se aproxima muito da proposta de trabalho de grande parte dos profissionais de SM e AP que trabalham em desastres no Brasil. Rosângela, que sobreviveu aos deslizamentos de terra da Região Serrana em 2011, reforça a necessidade de uma ajuda profissional para promover estabilização emocional para aqueles que apresentam uma intensificação do processo de sofrimento, especialmente àqueles que perderam familiares ou pessoas próximas. A fim de melhor descrevê-los, a sobrevivente dividiu em duas partes, sendo que para ela, saúde mental:

(...) é lidar com as dificuldades do dia a dia não deixando que certos acontecimentos nos afete em nossas vidas, no caso da tragédia de 2011 algumas pessoas não souberam lidar com a tragédia e ficaram muito abaladas e perdida na situação em que ficou suas vidas tendo dificuldade de encontrar seu rumo (Rosângela Gravina, Artesã, sobrevivente).

No que tange ao conceito de Atenção Psicossocial, para Rosângela:

(...) quer dizer que quando acontece uma tragédia como a que aconteceu aqui na região serrana os responsáveis pela saúde da região teria que disponibilizar profissionais pra ajudar as pessoas a reverter a situação em que se encontra: ex: uma mãe que perdeu o

filho, o marido ou todos da família essa pessoa precisa de ajuda pra lidar com as perdas, pois pra algumas pessoas não devem o que fazer com a dor da perda dos ente queridos abate mesmo com seu lar (Rosângela Gravina, Artesã, sobrevivente).

Ressaltamos que uma parcela considerável desses profissionais nacionais que oferecem cuidados individuais, ou em grupos, na fase inicial de resposta baseia-se no atendimento clínico (Nolasco, et. al, no prelo). Entretanto, é imprescindível enfatizar que os cuidados dessa perspectiva são apenas uma parte do processo de cuidado, relacionado à fase de resposta, e, por essa razão defendemos a perspectiva da inclusão das ações de AP e SM em todas as fases do cuidado, como por exemplo na prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação. Consideramos ainda a necessidade de que essas ações sejam disponibilizadas dentro de uma estratégia coordenada junto às políticas públicas vigentes.

PESQUISADORES

No que concerne à categoria PESQUISADORES, sobressai-se o aspecto profuso das respostas, uma vez que estas estão diretamente relacionadas ao lugar de pesquisa que cada um(a) das(os) entrevistadas(os) ocupa. Na primeira resposta analisada nessa categoria, a Socióloga Norma Valêncio, da Universidade São Carlos, enfatiza a definição de AP e SM na perspectiva sociológica, relacionada a fase da resposta:

Para mim, numa perspectiva sociológica, seria um processo de mobilização de recursos (simultaneamente, subjetivos e interpessoais assim como psíquicos, culturais e materiais) para a garantia/recuperação do bem-estar (individual, familiar e comunitário) num contexto de súbita e significativa adversidade, ie, no qual as rotinas da vida cotidiana foram involuntariamente desorganizadas, com perdas e danos expressivos (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Para o historiador e pesquisador da Fundação Osvaldo Cruz, Carlos Machado de Freitas, no entanto, a saúde mental e atenção psicossocial são percebidas como um dos aspectos que devemos garantir quando nos propomos a manter a integridade humana no cuidado em desastres:

A saúde das populações envolve manter a integridade física de seus membros, bem como proteger os mesmos de doenças, que podem envolver aspectos físicos, químicos e biológicos, mas também aspectos de outras ordens e naturezas. Cito como alguns exemplos: o sentimento de abandono; o temor da morte e do adoecimento próprio ou dos entes queridos; imagens e sonhos repetidos sobre o evento desastre comprometendo o dormir e a vida cotidiana; a dor e a tristeza pela perda de parentes e amigos, gerando desde mais dor e sofrimento ao já vivenciado; imagens, percepções e representações da realidade e de sua vida dissociadas da realidade concreta (física, química e biológica) (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

Para a pesquisadora da Universidade de São Paulo, Dafne Rosane Oliveira, os termos AP e SM também remetem à fase de resposta. Dafne salienta que mais importante que discutirmos os conceitos de atenção psicossocial e saúde mental é refletirmos sobre os efeitos de um evento dessa natureza. Para a pesquisadora as pessoas afetadas por um desastre demandam atendimentos de saúde mental e atenção psicossocial mesmo que apenas em um caráter preventivo, visto que ter vivenciado eventos dessa magnitude pode desencadear consequências nocivas àqueles que os vivenciam:

Acredito que saúde mental e atenção psicossocial são os mesmos conceitos que são utilizados em qualquer situação, mas no caso, com relação aos efeitos de um desastre ou situação de risco. Considero que uma situação de riscos e de desastre demanda atendimento em saúde mental e atendimento psicossocial, ao menos em um âmbito

preventivo, pois sabe-se que a experiência de estar em áreas de risco e ser afetado por desastres pode causar desarranjos na vida de uma pessoa, e consequências futuras prejudiciais à preservação de sua saúde mental. Por isso que a atenção psicossocial, preocupada com a saúde mental, é tópico extremamente relevante na discussão sobre desastres (Dafne Rosane Oliveira, USP, São Paulo).

Por sua vez, a pesquisadora, Elaine Alves, que representa o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, vincula o conceito de saúde mental à capacidade de enfrentamento a uma situação de desastre. Para Elaine, Saúde Mental é: “a condição psíquica que o indivíduo possui para enfrentar situações de crise”. Elaine reforça ainda a importância de trabalharmos com a Saúde Mental nas fases de reconstrução, prevenção e preparação, para além da resposta, aproximando-se do prisma da gestão integral de riscos e de desastres, como é possível verificar na resposta: “Deve ser cuidada e fortalecida nas fases de reconstrução, prevenção e preparação, além da resposta. Quanto maior sua vulnerabilidade à desastres, maior o risco de danos psicossociais” (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP, São Paulo).

Ao descrever o seu conceito de Atenção Psicossocial em desastres, Elaine, deixa evidente o caráter profícuo do termo e, ao mesmo tempo, remete a um conceito amplo de cuidado, com múltiplas ações a serem promovidas junto às pessoas afetadas, como é possível acompanhar em sua resposta:

(...) está ligada ao acolhimento e cuidado às pessoas afetadas por desastres com o objetivo de proporcionar sensação de segurança, resgate de rede de apoio, confiança e o bem-estar possível. Busca fortalecer o indivíduo para que tenha condições de enfrentar as dificuldades, retomar a vida e colaborar com a reconstrução da comunidade (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP, São Paulo).

Nas definições ofertadas por Elaine, é notória sua percepção referente ao aspecto ampliado do cuidado de AP e SM nas diferentes fases de um desastre, remetendo a noção de AP e SM na Gestão Integral de Riscos e de Desastres.

Em uma definição próxima à prerrogativa de Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips & Rahman (2007), que defendem que não existe saúde sem saúde mental, a docente da área de saúde mental, Diane Maria Scherer Khun Lago, sugere que saúde mental: “é fundamental para a saúde geral. É o equilíbrio entre o real e o imaginário e é o que nos faz viver melhor (...)”. A Atenção psicossocial, por sua vez, é definida por Diane, a partir de uma perspectiva ampla de cuidado e envolve as diferentes fases de um desastre, de forma próxima da noção de AP na GIRD: “(...) envolve a oferta de cuidados preventivos, promocionais e curativos relacionados à saúde mental” (Diane Maria Scherer Kuhn Lago, Docente, UnB).

Ao analisar as respostas das(os) pesquisadoras(os) entrevistadas(os), fica clara que a noção de SM e AP em desastres depende muito do lugar que cada um desses pesquisadores ocupa e, ao mesmo passo, demonstra o caráter complementar dessas definições. Essas múltiplas definições evidenciam a necessidade de estabelecermos trocas multidisciplinares e construirmos redes de cuidado integradas e articuladas nos distintos campos de pesquisa e intervenção.

5.2 A Relação dos Entrevistados com a Temática

GESTORES

A fim estabelecer uma melhor compreensão do lugar de fala dos entrevistados e de como, a partir desse lugar, os entrevistados estabelecem as perspectivas defendidas, analisamos a segunda questão direcionada aos entrevistados: “Qual a sua relação com a temática?”.

As respostas da categoria GESTORES, evidenciam a diversidade das formações e das relações estabelecidas com a gestão em desastres. Lembramos aqui que foram entrevistados gestores(as) com formações bastante variadas entre essas: geografia, engenharia, medicina e psicologia.

A primeira a responder foi a coordenadora do Programa de Vigilância Nacional dos Riscos Associados aos Desastres do Ministério da Saúde, Eliane Lima e Silva. Ao discorrer sobre a sua relação com a AP e SM em desastres, associou com as especializações que realizou e com as articulações que estabelece ao desempenhar suas atividades de gestora. Para Eliane, seu trabalho está relacionado com a articulação entre as demandas de saúde de um desastre e as coordenações e departamentos ministeriais, incluindo o Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

É...como você vê eu sou geógrafa né [ri], mas eu sou especialista em emergência em saúde pública, epidemiologia aplicada à emergência e saúde pública, e como eu trabalho com as ações de saúde em situações de desastre no âmbito da Secretaria de Vigilância em Saúde (...) eu faço uma ponte entre essas situações em desastres e a área de saúde mental do Ministério da Saúde, mas também faço uma ponte entre as áreas de desastres por as áreas de Atenção Básica, no trabalho da orientação e da educação, nessa área que é mais voltada para atenção ao profissional de saúde que atua em uma emergência em desastres, que muitas vezes também, só assim com essa atuação, porque ele pode ser uma vítima, mas ele também está atuando ali e é uma carga muito pesada, dependendo do tipo de emergência né. Então o meu...a minha relação nessa área é mais como um articulador da temática no âmbito do Sistema Único de Saúde. E, também, de garantir que esse olhar de saúde mental e atenção psicossocial estejam nos documentos norteadores que a gente faz para as Secretarias de Saúde (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

O gestor estadual, Mauro Kotlhar, do Rio Grande do Sul, estabelece sua relação com a temática como um articulador dos programas e ações nas fases anteriores a um desastre, particularmente na fase de prevenção, mitigação e preparação, como é possível acompanhar abaixo:

(...) a minha área de atuação é a gestão de riscos à saúde relacionados a desastres, então eu tenho que identificar todos os programas né, que tem dentro da Saúde, que teria alguma atuação em desastres né. Ah...porque aquele desastre... aquela... aquela disciplina né, aquela área de atuação ela foi impactada, então eu tenho que articular né com os setores responsáveis para que, ou mesmo sensibilizar para que ele identifique que aquele é um problema, que o programa vai assumir, por que lá onde é tá na saúde? Tá no Departamento de Ações em Saúde é...não sei se é Programa de Saúde Mental, mas é saúde mental né, então eu tenho que articular com a Saúde Mental né, fazer com que eles me escutem, e entendam que eles devem se envolver com esse problema, porque quando tiver um desastre, vai ter ações a serem realizadas né? E mesmo, talvez, eles melhorem ainda né, que eles identifiquem que possam reforçar sua rede de saúde para onde mais exista desastres.

(...) Então, pra deixar bem claro, nós identificamos uma demanda, por ser gestores de risco de desastres né, tem impactos ambientais, impactos na saúde né, efeitos na saúde, olhar os programas envolvidos, articulando os programas envolvidos de saúde mental, procuramos então que a ciência se desenvolva para atenção ser mais qualificada né essa é a lógica (Mauro Kotlhar, Coordenador estadual do VIGIDESASTRES, Rio Grande do Sul).

Assim como na descrição de Eliane Lima, o gestor Mauro Kotlhar entende a sua relação como a de um articulador. Para Mauro, compete a ele o mapeamento e a promoção de conexões entre os diferentes programas e setores a nível estadual. Nestes termos, seu trabalho compreende a rede de interligações entre as demandas existentes nas situações de desastres e a rede estadual de saúde.

De forma bastante elucidativa, a plataforma do Ministério da Saúde (2017), descreve o VIGIDESASTRE, o qual os gestores Mauro e Eliane fazem parte, da seguinte forma:

No Sistema Único de Saúde, a Vigilância em Saúde Ambiental dos riscos associados aos desastres, estabelece estratégias para a atuação em desastres de origem natural e tecnológica. Nesse contexto, dentre seus objetos de atuação estão os desastres naturais (inundações, seca e estiagem, deslizamentos, dentre outros), os acidentes com produtos químicos a emergência radiológica e a nuclear. Sua organização propõe uma atuação baseada na gestão do risco, contemplando ações de redução do risco, manejo dos desastres e recuperação dos seus efeitos. Além disso, atua na articulação das agendas de mudanças climáticas e seus efeitos à saúde humana (MS, 2017, sp.).

Frisa-se que cada um dos entes federados articula essa rede dentro do seu escopo de atuação, ou seja, a nível Municipal, Estadual, Distrital ou Federal. Por sua vez, a psiquiatra Argentina Silvia Bentolila, descreve sua relação com os desastres por meio das experiências que teve no decurso de sua trajetória profissional:

Soy docente en dos Universidad, una pública y otra privada (UBA, UCES) en materias y seminarios sobre la temática; Coordiné e implementé, el programa de Salud Mental para el Veterano de Guerra bonaerense; Consultora de OPS en la materia, con intervenciones Nacionales e Internacionales; Coordino un Programa de atención para médicos con situaciones críticas/o problemas de Salud Mental; Colaboré en el armado de la Red Nacional. entrenando equipos de Salud Mental para la respuesta desde la Dirección Nacional de emergencias sanitarias; Soy voluntaria en el área de apoyo psicosocial de Cascos Blancos (hice intervenciones y capacitaciones); Redacté las guías de intervención para la provincia de Buenos Aires y colaboré con la redacción del área en el plan nacional

de Salud Mental; Desde 2008 al 2014 coordiné intervenciones en varias provincias del país desde la Dirección nacional de Emergencias Sanitarias, y el Ministerio de Educación (Silvia Bentolila, MINSAL- Argentina).

Na descrição de Silvia fica claro o perfil híbrido e a multiplicidade de papéis que muitos atores que trabalham com esta temática assumem ao longo de suas trajetórias. A resposta de Silvia é uma amostra da dificuldade que tivemos em analisar o conteúdo das entrevistas dos participantes a partir de apenas uma das categorias de análise desta tese, visto que além de gestora, ela incorpora o perfil de docente, pesquisadora, consultora e trabalhadora em situações de desastres. Entretanto, optamos por mantê-la nessa categoria de análise, tendo em vista o grau de responsabilidade e de conhecimentos que essa posição denota em sua trajetória.

Para a gestora Karol Veiga, uma das gestoras responsáveis pela condução da estratégia de saúde mental desenvolvida para o incêndio da Boate Kiss, evento crítico onde 242 pessoas vieram a óbito após o incêndio em uma casa noturna na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul, a sua experiência:

(...) vem da atuação em desastres ocorridos no RS durante o período que fui coordenadora da política de saúde mental. Não sou especialista, nem tenho formação específica na área. Aprendi fazendo e com a ajuda de algumas referências importantes. Todo o material que li sobre o tema, foi em decorrência do próprio evento vivido (Karol Veiga, Ex-coordenadora de Saúde Mental, Rio Grande do Sul).

A resposta de Karol representa a forma como a maior parte dos gestores entrevistados iniciou seu processo de inserção no campo dos desastres, geralmente disparado a partir de uma demanda já instaurada de desastre onde, na maior parte das vezes não há ou não havia uma estratégia de prevenção, mitigação ou preparação para desastres, isto é, iniciam suas atividades já na fase de resposta, sem nunca ter passado pelas fases de prevenção, preparação e mitigação

e, frequentemente, terminam a fase inicial de resposta sem estabelecer uma estratégia de reconstrução e avaliação da estratégia desenvolvida. Frisamos, entretanto, que esse não foi o caso de Karol, visto que, como gestora não havia participado da estratégia de prevenção, preparação e mitigação, mas participou da estratégia de resposta e reconstrução a médio e longo prazo, bem como de programas de avaliação dessa estratégia.

No evento nominado de “incêndio da Boate Kiss”, ao contrário de outros eventos dessa natureza, que aconteceram no território nacional, sua estratégia diferenciou-se das demais estratégias desenvolvidas no Brasil, pela implicação dos três entes federados junto à sociedade civil na fase de resposta, mas principalmente no investimento na fase de reconstrução. Na estratégia proposta para o “Evento da Boate Kiss”, os três entes federados estabeleceram, pactuaram e acompanharam juntos, a conformação da estratégia inicial de resposta, isto é, logo nas primeiras 24h após o marco zero do evento. Os atores desenharam ainda a fase de reconstrução, a partir de avaliações e acompanhamentos sistemáticos, incorporando, espaços para reflexão, ressignificação e mudança da estratégia, nos momentos em que se mostraram necessários. Reforçamos aqui que essa estratégia perdurou pelos anos subsequentes ao evento crítico e, ainda hoje, oferece a continuidade do processo de cuidado em AP e SM na rede municipal de saúde (Noal, 2013; Noal et al., 2016).

Diferentemente das(os) demais gestoras(es) entrevistadas(os), a gestora goiana Milena Nunes de Almeida, relaciona sua experiência com a participação na fase de preparação para estratégias. Milena afirma que sua relação começou a se estabelecer a partir do:

Comitê de Saúde em Riscos e Desastres que está construindo um plano de contingência em desastres do Estado de Goiás contemplando todas as áreas de saúde e vigilância, com a construção de fluxos e estratégias de prevenção e cuidado. Este comitê tem a

participação de membros da defesa civil estadual (Milena Nunes de Almeida, Secretária Estadual de Saúde-Goiás).

Ressaltamos que além do fato pouco frequente, de um gestor iniciar sua relação no campo dos desastres com a fase de preparação, a gestora ainda cita a integração com atores centrais da gestão em desastres como a Secretária de Proteção e Defesa Civil e áreas da saúde e vigilância, que juntas, segundo Milena, se propõem a refletir acerca das estratégias de prevenção e cuidado para o estado de Goiás, ou seja, indicam o cuidado de pensar uma estratégia voltada para a GIRD antes da instauração de um desastre específico, fato ainda incomum no cenário nacional.

TRABALHADORES

Na categoria TRABALHADORES, assim como na categoria dos gestores, percebemos a relação do processo de trabalho iniciada após um desastre já instalado, sem a conformação de uma estratégia de prevenção e/ou preparação para desastres.

De forma representativa da análise acima, identificamos na resposta da psicóloga Maria Luiza Leal Pacheco, da Prefeitura Municipal de Santa Maria, do Rio Grande do Sul, conteúdo bastante próximo daqueles emitidos pelos demais trabalhadores entrevistados. Maria Luiza foi uma das primeiras voluntárias a atender os sobreviventes e familiares após o incêndio da Boate Kiss. Como é possível acompanhar na narrativa abaixo, a psicóloga deu início a seus trabalhos nesse tipo de evento, na fase inicial da resposta:

A minha relação com essa temática é direta, pois trabalho com o reflexo de uma cidade afetada por um desastre, um desastre que provocou muitas mudanças no comportamento das pessoas, em alguns casos trouxe à tona demandas de saúde mental latentes em outros intensificou os sofrimentos manifestos. Percebe-se uma diversidade de efeitos subjetivos nas pessoas, ora pouco que se fala do ocorrido, ora busca-se se falar com muita vivacidade como se o desastre tivesse acontecido ontem. Em se tratando, do impacto há uma

diversidade na vivência e nas marcas. Percebe-se, de antemão que existe um “afetamento” sutil que traduz tanto o silêncio quanto a necessidade de fazer com que tal desastre não seja esquecido, pois ele modificou a vida de um coletivo indistintamente (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

Um diferencial do vínculo que Maria Luiza descreve com a temática, em relação à maior parte dos trabalhadores entrevistados, está no fato de que embora ela inicialmente não tivesse nenhum conhecimento específico no campo dos eventos críticos e desastres, após seu trabalho como voluntária no Incêndio da Boate KISS a psicóloga foi selecionada e contratada pela prefeitura e, juntamente com outros profissionais de saúde, teve a oportunidade de refletir e avaliar a estratégia de SM e AP estabelecida na fase inicial de resposta, dando continuidade aos trabalhos, também na fase de reconstrução.

Outro ponto significativo da relação que Maria Luiza estabelece com o tema é o fato de ter sido responsável, junto a outros colegas de trabalho, pelo acompanhamento e avaliações da fase de reconstrução, permitindo a ressignificação do espaço de cuidado e do *modus operandis* das equipes de trabalho contratadas especificamente para o tema, sendo esses também responsáveis por atender as novas demandas da fase de reconstrução (Noal, 2013; Noal et al. 2016).

Por sua vez, os psicólogos Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marco Andrey Hermógenes, representantes do Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal, juntos descreveram a relação que eles estabelecem com os desastres através das ações e intervenções que desenvolveram com eventos dessa natureza. Em sua resposta conjunta, deixam evidente a complexidade e, ao mesmo tempo, a multiplicidade de intervenções possíveis na busca por promover ações que permitam um cuidado multifacetado. Abaixo seguem os pontos elencados pelos psicólogos como áreas e ações em que trabalharam:

- a. Pesquisa na área da Educação no tema catástrofes e cultura de prevenção, com projeto de pós-doutoramento que compõe pesquisa do orientador, apoiada pelo CNPq, PQ, MCT/CNPq e MCTI/CNPq.
- b. Primeiros atendimentos às pessoas e comunidades: imediatamente a ocorrência das tragédias (apoio na organização dos cadastros e registros, encaminhamentos e reuniões das equipes de trabalho para distribuição de tarefas);
- c. Atuação em hospitais, IML, velório coletivo, equipes de rituais, atendimentos em plantões de atenção psicossocial;
- d. Composição da Força Tarefa para gestão das crises, atuando na gestão como parte da equipe (logística, organização, levantamento de recursos materiais e humanos, comunicação, coordenação de equipes e supervisão técnica aos psicólogos;
- e. Elaboração de programas e planos de prevenção e proteção;
- f. Treinamento de equipes que atuam na gestão e de comunidades em risco;
- g. Trabalho nos cuidados psicológicos de pessoas e grupos afetados por emergências, desastres e catástrofes atua em favor da proteção e melhoria da saúde mental das pessoas e o bem-estar psicossocial diante de situações de emergências, desastres e catástrofes, as quais eliciam sofrimento e impõem a ruptura da normalidade/funcionalidade (Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marco Andrey Teixeira Hermogenes, Representantes da Comissão de Desastres do CRP-DF)

A psicóloga Eliana Torga, representante da “Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres (CNP GIRD)”, no momento da entrevista nominada de “Comissão Nacional de Psicologia nas Emergências e Desastres”, do Conselho Federal de Psicologia, define a sua relação com a temática através da participação na comissão da autarquia federal, nas atividades de docência e em consultorias voltadas para o tema, como é possível acompanhar no relato de Eliana: “Nesse momento faço parte da Comissão Nacional de

Psicologia nas Emergências e desastres, mas sou professora nessa temática e consultora para instituições que possuem risco potencial para ocorrência de emergências e desastres e preparo de equipes para trabalhar com prevenção e resposta” (Eliana Torga, Representante da CNPGIRD-CFP).

A alteração do nome da Comissão Nacional de Psicologia nas Emergências e Desastres, a qual Eliana representava no momento da entrevista, aponta para a ressignificação da concepção de atenção em desastres, defendendo um paradigma de cuidado mais abrangente e contemporâneo no campo da AP e SM no Brasil. Sob o prisma da comissão nacional, a qual a autora dessa tese também fazia parte no momento da entrevista, a alteração do nome se deu, por entendermos que seria fundamental fomentar o viés da psicologia na Gestão Integral de Riscos e de Desastres, isto é, estimular a categoria profissional dos psicólogos a ocuparem os diferentes e necessários espaços nas fases do cuidado em desastres.

Durante o debate promovido pelo Conselho Federal de Psicologia¹⁰, no ano de 2016, a psicóloga Ionara Rabelo, representante nacional da CNPGIRD, informou que a nota técnica: “É um convite para que os psicólogos e psicólogas tenham um olhar para uma gestão integral de riscos e de desastres, e que essa nota sirva de subsídio para as discussões no país que vão acontecer em cada estado e município do país”. Esse ato político visou ainda criar um contraponto às práticas reducionistas da categoria profissional atuantes, em sua maioria, apenas no atendimento clínico durante a fase da resposta.

Em resposta à questão da relação estabelecida com a temática, o psicólogo Olavo Sant Anna Filho, relata uma trajetória pouco comum no cenário nacional. Ex-secretário de Estado, Chefe da Casa Militar e Coordenador Estadual de Proteção e Defesa Civil do Estado de São Paulo (1997 a 2001),

¹⁰ Debate intitulado: A atuação da Psicologia na gestão integral de riscos e desastres. Transmitido ao vivo em 12 de dez de 2016. Recuperado em: https://www.youtube.com/watch?t=16s&v=G_tN6ZuNAzo&app=desktop

e membro da Escola Paulista de Psicodrama, Olavo refere que sua relação começou a se estabelecer ainda na década de 80:

Desde 1983 venho-me à prática da Defesa Civil e ao estudo e pesquisa do comportamento humano em desastres, focado especialmente no estudo do controle do pânico em desastres. Na minha prática tenho utilizado do Psicodrama, em especial a técnica do Teatro Espontâneo com objetivo de capacitar profissionais para gerenciar desastres e incidentes críticos. Dedico-me a prestar suporte psicológico aos profissionais de primeira resposta (bombeiros e policiais) sob o enfoque da Análise Psicodramática. Fui Secretário de Estado da Defesa Civil de São Paulo, aonde trabalhei por mais de 18 anos. Elaborando planos preventivo, de treinamento e de conscientização comunitária no estado de São Paulo. Tenho trabalhos publicados e consultoria realizadas no Brasil e exterior (Olavo Sant Anna Filho, Escola Paulista de Psicodrama, São Paulo).

Registramos aqui a trajetória atípica que Olavo nos apresenta por meio de sua inserção nessa área através da defesa civil. Outro ponto significativo da sua relação com o tema deve-se ao fato deste ter iniciado a trabalhar com estratégias de cuidado voltado para a saúde mental em desastres já na década de 1980. No relato de Olavo, mais uma vez identificamos o perfil híbrido dos entrevistados e, ao mesmo passo, a multiplicidade de papéis que esses atores desempenham junto a temática no Brasil.

Em análise ao relato do bombeiro Carlos Felipe Balthazar, que trabalha diretamente na fase de resposta à desastres, percebemos que a sua relação com a temática é voltada para a operacionalidade do resgate. Ao mesmo tempo, Carlos demonstra noção e preocupação com os aspectos psicossociais associados a essa fase. É notório, em sua resposta, que em nenhum momento ele aponta para uma relação do corpo de bombeiros com a gestão integral de riscos e de desastres ou com uma cultura de prevenção de riscos e de desastres. Nestes termos, Carlos

descreve sua relação com a temática como sendo ao mesmo tempo “direta e indireta, no resgate e na orientação quando há perda de bens, família ou conjugue vem ou já veio à tona” (Carlos Felipe Balthazar, bombeiro com experiência em desastres, Distrito Federal).

Ressaltamos que nenhum dos atores entrevistados nessa categoria, embora trabalhe ou tenha trabalhado em situações de desastres e eventos críticos, citou processos de formação específicos da área de AP e SM na GIRD, tampouco citaram processos formativos de educação permanente ou continuada vinculadas ao tema. Esse ponto parece-nos de extrema relevância, visto que os currículos universitários não preveem matérias específicas (Magrin et al., 2016) para esse tipo de trabalho e a maior parte já inicia suas ações na fase de resposta às pessoas afetadas.

SOBREVIVENTES

Ao analisarmos o relato de Adriano Rodrigues Biajone que, além de trabalhador e voluntário em situações de desastres, se considera um sobrevivente, identificamos novamente o caráter multifacetado dos entrevistados. O relato de Adriano nos oferece como dispositivo de análise a descrição das memórias de sofrimento e as marcas que uma situação desta natureza acarretou nas suas escolhas de vida:

Em 1995, na minha cidade natal, em Itaóca-SP, ainda criança com oito anos, minha casa foi invadida repentinamente no começo da noite por uma inundação após o rompimento de um açude. Lembro-me daquela noite até hoje. Minhas maiores preocupações eram o álbum de figurinhas do Rei Leão, e o meu pote de bolinhas de gude, que haviam desaparecidos, bem como o choro de minha mãe, que vi pela primeira vez. (...) Fui vítima de outras inundações. (...) E após 2009, comecei a trabalhar na Política de Assistência Social, também em Itaóca-SP, como assistente social, onde atuei diversas vezes no atendimento às famílias vítimas das inundações que ocorreram (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

Adriano complementa seu histórico nos remetendo ao ano de 2014 e ao sofrimento oriundo do processo de trabalho em situações de desastre:

Em 2014, a cidade foi vítima de uma grande tragédia que ganhou repercussão nacional, onde centenas de casas foram invadidas, muitas delas destruídas, com 27 mortos, e dezenas de desabrigados. No momento, fui voluntário participando no atendimento às vítimas e no posto de arrecadação/entrega de doações. Foram muitas horas de jornadas de trabalho, convivendo com a dor de tanta destruição (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

No relato de Adriano, é possível acompanhar, além das memórias de sofrimento, a relação de empatia que ele estabelece a partir de um evento extremo e seu processo de trabalho, desencadeando a escolha por atuações, tanto como trabalhador voluntário em situações de natureza similar, como de profissional atuante no campo da assistência social em desastres.

Em análise às contribuições de Adriano, também é possível identificar um fato rotineiro, o de que pessoas que foram acometidas por um desastre, têm suas histórias assinaladas mais de uma vez por eventos da mesma natureza. É provável que essa situação aconteça porque na maior parte dos desastres ocorridos no território nacional, os indicadores sociais dessas comunidades não são alterados nas fases de resposta e reconstrução, tampouco há uma preocupação em alterar as condições de vida que fomentam a existência e permanência desses desastres. Tem sido recorrente nas últimas décadas, a ausência de investimentos e mudanças estruturais que promovam alterações nos indicadores sociais nas fases de prevenção, mitigação, preparação e reconstrução nessas regiões afetadas recorrentemente (Noal & Stenen, 2013).

Por sua vez, a artesã Rosangela Gravina, sobrevivente dos deslizamentos de terra da região serrana de 2011, define que sua relação com os desastres se inicia a partir de um processo de perda da rede socioafetiva e da perda abrupta do seu território: “(...) perdi amigos e parentes

tive que sair da minha casa onde tinha meu quarto e morar numa casa onde eu dormia na sala(...)” (Rosângela Gravina, artesã, sobrevivente).

Acreditamos ser importante pontuar que, embora a sobrevivente residisse em uma área propícia a deslizamentos de terra, sua relação com os desastres só foi estabelecida, para ela, na fase de resposta, quando a intensidade das chuvas, atrelada as características socioeconômicas, estruturais, geográficas e ambientais, de fato, desencadearam um desastre. A sobrevivente em nenhum momento menciona ter participado ou ter sido alertada sobre as fases de prevenção, mitigação ou preparação para desastres. Rosângela tampouco menciona qualquer ação promovida por atores governamentais ou não-governamentais em fases anteriores à resposta, embora sua residência estivesse localizada em uma região que apresenta múltiplas condições propícias a eventos dessa natureza.

De forma lúcida, a passagem escrita pela socióloga Norma Valêncio (2009) no livro “Sociologia dos desastres construção, interfaces e perspectivas no Brasil” ajuda-nos na análise das respostas dos sobreviventes Adriano e Rosângela. Para Norma: “A territorialização dos pobres é sempre uma territorialização em contestação, uma “área de risco”, de molde que a remoção das moradias é tratada como uma discussão meramente paisagística muito embora subjacente ao núcleo residencial haja, para o grupo ali inserido, sentidos de pertencimento, necessidades, sociabilidades especializadas” (Valêncio, 2009, p.7).

PESQUISADORES

Em resposta à pergunta: “Qual a sua relação com a temática?” as pesquisadoras e os pesquisadores entrevistadas(os), também deixaram evidente a multiplicidade e a diversidade dos lugares ocupados por esses no cenário da produção acadêmica nacional e internacional, como é possível acompanhar a seguir:

Trabajando em manejo de inundaciones desde um enfoque tècnico, la ausencia del tema social em los analisis realizados me llama mucho la atenciòn (Alicia Bustillos Ardaya Pesquisadora em Reduçaõ de Riscos de Desastres, Bonn University, Alemanha).

Sou natural do Vale do Itajaí/SC e acompanhar eventos de desastres naturais estão presentes em diversas lembranças da minha vida, ainda que eu e minha família não tenhamos sofrido o impacto direto destes eventos. Lembro-me que, desde a minha infância, acolhíamos meus amigos vizinhos em nossa casa enquanto meu pai ajudava seus pais a levantar ou retirar seus móveis, suas coisas de casa. Trabalhar nesta temática é importante para mim, porque faz sentido enquanto pessoa, cidadã e profissional. Através da minha profissão aprendi a me aproximar do sofrimento das pessoas, por exemplo nas situações de desastres e de outras e, como pesquisadora, coloco-me disposta a buscar compreensões, traduzir isso para a prática cotidiana dos profissionais da saúde e junto deles (e de outros parceiros) desenvolver tecnologias para melhor cuidar nestas situações. Com minha pesquisa de tese de doutorado, que trouxe uma compreensão sobre as rotinas e rituais de cuidado de famílias com crianças na transição inesperada do pós-desastres, evento de 2008 no Vale do Itajaí, cuja pesquisa foi menção Honrosa no Prêmio CAPES 2012, tenho me dedicado a estudar a saúde de famílias e a promoção da saúde frente a desastres. Isto é recente e, há seis meses, docente na Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento de Enfermagem, lecionando na disciplina Processo de Viver Humano V: Atenção Básica e Saúde Mental, penso que articular a saúde mental no contexto da atenção básica é uma estratégia importante para o desenvolvimento de tecnologias e metodologias de cuidado de enfermeiros e equipes de saúde, em comunidades vulneráveis a desastres (Gisele Cristina Manfrini Fernandes, representante dos enfermeiros em emergências e desastres, Santa Catarina).

Ao analisarmos as repostas dos participantes dessa pesquisa, tomamos cuidado para que essa multiplicidade de lugares de fala não servisse, como bem nos adverte Valêncio (2009), a um fracionamento do conhecimento científico de tal forma que as suas contribuições se transformassem em “sílabas desconexas” (p.4). Nesse sentido, ao examinar as entrevistas, atentamos para as respostas analíticas, mas também propositivas. As quais auxiliassem a responder às questões de forma complementar e inovadora, apontando para uma resposta aos objetivos dessa pesquisa, mais complexa, e, ao mesmo passo, mais íntegra. Salientamos aqui que as respostas, por mais diversificadas que fossem, em sua grande maioria não se mostraram contraditórias, mas sim complementares.

5.3 Sugerindo Diretrizes Orientadoras de uma Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres no Brasil

GESTORES

Em resposta a terceira questão: “Em sua opinião quais seriam as diretrizes orientadoras de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil?”, a gestora Eliane elencou inúmeros pontos, que em sua opinião deveriam ser incorporados nas diretrizes orientadoras de uma estratégia de AP e SM para desastres no país:

(...) eu acho que nós temos aí duas situações. Uma para aquela população que já fazia parte dos serviços e estavam em atendimento ou em acompanhamento ou em internação, e elas precisam de uma atenção caso esses serviços sejam prejudicados. Outra, daquela população que faz uso de medicamentos de uso controlado, que dependem disso, e que faz parte do CAPS, porque elas têm que continuar com esses serviços. E um outro eixo, que é um eixo de orientação, de educação e orientação em saúde em três sentidos: pros profissionais que atuam na área, não só o de saúde, mas todo profissional também. Num

desastre de grandes proporções, você tem os profissionais de Defesa Civil, você tem os profissionais de busca e resgate, tem os profissionais de saúde, então é um olhar para esses profissionais, para que se garanta que o turno deles seja adequado, que eles tenha um olhar adequado para que eles não fiquem sem um respaldo né, caso sejam abalados, sofrendo ou em sofrimento em viver aquela situação. Um outro é para a população atingida né, aquela população das áreas atingidas que você tem que ter um olhar ali de orientação, de educação, mas também de observar quando aquelas pessoas estão necessitando de um apoio psicossocial. E um outro é para o profissional, mas o profissional do atendimento, aqueles que estão fazendo o atendimento dessas pessoas, tanto dos profissionais que atuaram na área, quanto da população em geral, e que eles tenham a sensibilidade de observar quando aquela busca pelo atendimento de saúde, ela é de fundo mais psicológico do que realmente de um adoecimento de outra forma né. Então a gente pensa mais ou menos que esses seriam as principais linhas de atuação nesse sentido (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

Em análise à resposta de Eliane, é possível perceber na sua descrição a influência dos marcos de GIRD (UNISDR, 2015), nas ações de planejamento como:

- Atentar para a manutenção de uma agenda de cuidado para as situações crônicas e/ou de rotina
- Incorporar na estratégia ações que permitam o cuidado também no momento da resposta ao desastre não desassistindo a população que necessita de cuidados contínuos antes do desastre, mas também não negligenciando aqueles que venham a necessitar de cuidados de atenção psicossocial e de saúde mental advindos desses eventos.

Eliane ressalta ainda a importância de atentar para a saúde dos trabalhadores que participam de um evento dessa natureza através dos tópicos abaixo:

- Incluir ações para os profissionais que atuam nesses eventos,
- Orientações para as equipes de saúde que recebem pessoas após um desastre com queixas não necessariamente relacionada a saúde mental ou atenção psicossocial, mas que podem estar vinculadas a um processo iminente de sofrimento.

Em seu turno, o gestor federal, José Sayde, responde à questão da proposição de diretrizes reforçando a importância de sensibilizar os gestores ministeriais e estimular a pesquisa, a formação de grupos de trabalho, bem como, a elaboração de ferramentas de educação permanente e disseminação de informação nesse tema. Para Jorge, é imprescindível:

Fazer o reconhecimento, formar uma comissão, se houvesse interesse dos gestores, principalmente a nível de ministério da saúde, gerar um certo convencimento. (...) a saúde do idoso, saúde infantil, saber qual o impacto que as crianças vão lidar pelo resto da vida (...) gerar um grau de convencimento com as coordenações que poderiam estar envolvidas, criar uma comissão para desenvolver, produzir algo que pudesse servir de base de forma multiplicadora. (...) produzir materiais didáticos para depois produzir seminários (Jorge Sayde, gestor do Ministério da Saúde).

Já a gestora argentina, Silvia, com base em suas experiências pregressas, nos fornece um vasto apanhado de ações centrais para a conformação de diretrizes que servem ao planejamento de estratégias amplas de cuidado em AP e SM. Tais proposições perpassam a perspectiva de formação e fomento de agentes multiplicadores de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em desastres, bem como o trabalho em equipe integrada e a proposta de sensibilização dos atores de resposta para essa temática, a fim de evitar que o pragmatismo mecânico exclua as ações de AP e SM na fase de resposta. A seguir é possível acompanhar a integral de sua resposta:

En principio se requiere de un EQUIPO MOTOR muy entrenado en la especificidad del tema y en cómo actuar como agente de multiplicación. Hay que tener presente que SE DEBE TRABAJAR INTEGRADA Y ARTICULADAMENTE CON TODAS LOS EQUIPOS DE RESPUESTA, de modo que ese equipo previamente entrenado participará en todas las reuniones de Gestión de Riesgo a nivel nacional, aportando la perspectiva de la dimensión psicosocial a los preparativos. A su vez debe formar parte de los COE (*referindo-se ao Comitê Operacional de Emergência*) que se organicen para dar respuesta a cada situación crítica, se requiere de constancia y MUCHA PACIENCIA, porque frecuentemente los equipos de intervención son eminentemente pragmáticos y subestiman la importancia de este campo (Silvia Bentolila, MINSAL- Argentina).

Silvia enumera ainda alguns pontos centrais, os quais acredita que se aplicam globalmente, desde que operados por equipes locais, e que se configurem enquanto uma estratégia de trabalho solidário em rede de serviços, são eles:

- Siempre los Dispositivos de intervención en emergencias tienen que estar articulados con el área de Emergencias Sanitarias
- Articulación interinstitucional, con todos los niveles del Sector Salud:
- Capacitación continua sobre la temática a nivel intersectorial con Educación, Equipos de Rescate y Fuerzas de Seguridad, lo que permite a su vez la Articulación;
- Dispositivos de seguimiento articulados con recursos existentes: Supervisión y Evaluación de proceso y resultados
- Protección de la Salud Mental de equipos de trabajo intervinientes en Incidentes Críticos, emergencias y desastres

Sería muy extenso responder minuciosamente a esta pregunta, considerando que estas directrices son las que garantizan el éxito de la tarea (Silvia Bentolila, MINSAL-Argentina).

A gestora gaúcha, Karol Veiga, por sua vez, reforça a imprescindibilidade de conformar uma estratégia nacional que esteja em consonância com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde, com a Política de Saúde Mental e inclua o aparato já disponível na Rede de Atenção Psicossocial. Ao mesmo tempo, Karol faz uma crítica à estratégia vigente no cenário nacional, onde o enfoque é dado na resposta aos desastres e às ações de vigilância em saúde:

Em primeiro lugar penso que toda e qualquer ação desenvolvida no país deve estar em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), suas diretrizes e princípios. Também devem seguir as diretrizes da política nacional de saúde mental e aproveitar os serviços já existentes na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para tanto se faz necessário que as equipes desta rede tenham condições de receber e trabalhar bem este tipo de demanda. É sabido que esta demanda foi secundarizada nas formações de base da saúde e mesmo nos processos de educação permanente desenvolvidos na rede. Atualmente, frente a uma série de desastres tal situação vem sofrendo uma lenta transformação, mas penso que ainda muito centrada nas ações da vigilância e da emergência e pouco enfocadas na atenção psicossocial (Karol Veiga, Ex-coordenadora de Saúde Mental, Rio Grande do Sul).

Em convergência com as considerações de Karol, a gestora Milena também reforça a importância de elaborar uma estratégia nacional de SM e AP em desastres considerando as políticas públicas já existentes em território nacional. Para Milena, ao elencarmos as diretrizes para conformação da estratégia de saúde mental e atenção psicossocial, é fundamental levar em

consideração “as diretrizes da política de saúde mental, direitos humanos e defesa civil” (Milena Nunes de Almeida, Secretaria Estadual de Saúde-Goiás).

A psicóloga Eliana, ao responder a mesma questão, também reforça a necessidade de estabelecermos uma relação com as políticas públicas como premissa central na elaboração de diretrizes de AP e SM em desastres. A psicóloga cita ainda a importância de conformar estratégias conjuntas entre os diferentes setores e atores que intervêm em situações de desastres. Segundo Eliana, é necessário: “Envolvimento, interlocução, preparação e treinamento conjunto entre os profissionais das políticas públicas da área de Saúde e Assistência Social, além do envolvimento de outras instituições” (Eliana Torga, representante da CNPGIRD-CFP).

Em consonância com as entrevistadas dessa categoria de análise, Olavo, lembra-nos que as três unidades federativas, estado, união e município precisam estar articuladas na conformação destas diretrizes, bem como junto a estas ações, precisam ser incorporadas ações de formação, assistência e gestão de políticas públicas. O gestor aponta ainda para a necessidade de prever atendimento para os profissionais de resposta a um desastre. Abaixo é possível acompanhar na íntegra a resposta, onde Olavo estratifica o que considera as diretrizes principais:

- Elaborações de Ações integradas nas 3 esferas de Governo;
- Preparação dos sistemas de Saúde Mental;
- Elaboração de ações preventivas, de atuação durante os eventos e depois na recuperação;
- Capacitação dos profissionais de saúde do SUS;
- Previsão de atendimento aos profissionais de primeira resposta. Olavo Sant Anna Filho, Escola Paulista de Psicodrama, São Paulo

TRABALHADORES

Aproximando-se da proposta apresentada pela representante nacional da CNPGIRD-CFP, Ionara Rabelo (2016)¹¹, a respeito da importância de entender o cuidado a partir de uma construção coletiva no território onde o desastre acontece, e de forma integrada às políticas públicas nacionais (MS, 1990; MDS, 2003; MI, 2012), a enfermeira Gisele, ressaltou que é preciso atentar para o território onde acontecem os desastres.

Do mesmo modo que os gestores que a antecedem nessa análise, Gisele acredita que é primordial trabalhar na articulação das políticas públicas já existentes nesses locais, envolvendo setores e atores do campo dos desastres, em especial a comunidade que ali habita. Gisele acrescenta ainda que é indispensável:

- Reconhecer os riscos e vulnerabilidades a desastres no território de saúde;
- Associar às atribuições das equipes de atenção básica a articulação intersetorial com a Defesa Civil, digo, aproximar estes setores na lógica da gestão dos riscos (Gisele Cristina Manfrini Fernandes, representante dos enfermeiros em emergências e desastres, Santa Catarina).

Em continuidade à sua resposta, a enfermeira Gisele demonstra estar em consonância com os especialistas internacionais em atenção psicossocial em desastres (IASC, 2007), quando aponta para a necessidade de trabalhar a promoção das ações de saúde mental a partir das comunidades que habitam essas áreas afetadas, bem como, quando sugere investir na formação daqueles que trabalham nos equipamentos sociais para promover a saúde mental dessas comunidades. A pesquisadora finaliza sua resposta incluindo a proposta de trabalhar em rede e

¹¹ Debate Online: A atuação da Psicologia na gestão integral de riscos e desastres. Transmitido ao vivo em 12 de dez de 2016. Recuperado em: https://www.youtube.com/watch?t=16s&v=G_tN6ZuNAzo&app=desktop.

elaborar protocolos que garantam o cuidado transversal em uma perspectiva longitudinal, conectando os diferentes setores da rede, como é possível acompanhar na descrição abaixo:

- Trabalhar a promoção da saúde mental comunitária considerando aspectos importantes à resiliência frente às vulnerabilidades;
- Empoderar equipamentos sociais para que auxiliem no movimento de promoção da saúde mental comunitária;
- O trabalho em rede e protocolos de atenção psicossocial na perspectiva longitudinal (antes, durante e após desastres), aprimorando os Planos de Contingência conforme distintas realidades (Gisele Cristina Manfrini Fernandes, representante dos enfermeiros em emergências e desastres, Santa Catarina).

Assim como Gisele, o bombeiro Carlos Felipe enfatiza as fases de preparação e resposta em desastres, reforçando a necessidade de realizar um mapeamento prévio dos atores e serviços que podem ser oferecidos aos afetados, tendo como objetivo, segundo Carlos, a sobrevivência dessas pessoas. Para tanto, Carlos sugere realizar: “um mapeamento com prioridades de regiões e etapas de cada profissional, os que fazem trabalho indireto e o direto sempre buscando as melhores chances de sobrevivência dos envolvidos” (Carlos Felipe Balthazar, bombeiro com experiência em desastres, Distrito Federal).

Já a resposta da psicóloga Maria Luiza enfatiza a importância de atentarmos à tipologia dos desastres no momento da conformação das estratégias e da necessidade de haver profissionais externos ao território onde o desastre aconteceu, oferecendo suporte às equipes de trabalhadores locais. Para a psicóloga:

Primeiramente, temos que ter a consciência que há uma diversidade de situações de desastre e considera-las é de extrema importância, pois é a magnitude desse evento e o

grau de vulnerabilidade dos envolvidos que poderá organizar as ações a serem tomadas. Uma diretriz que entendo como básica, seria o apoio de uma equipe externa ao coletivo afetado, pois essa equipe pode conseguir justamente por estar “teoricamente” menos afetada, ou seja em uma posição mais neutra e provavelmente com possibilidades de ter uma consciência mais realista da demanda, o que facilitará criar ações de intervenção tanto pontuais como longitudinais no que se refere ao cuidado dos personagens envolvidos (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

Por sua vez, os psicólogos Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marcos Andrey, em resposta conjunta, elencam uma ampla gama de ações intersetoriais de preparação, criação de ferramentas e instrumentos que visam auxiliar na conformação de diretrizes voltadas para a gestão integral de riscos e de desastres, como é possível acompanhar a seguir:

- a. Desenvolver planos estratégicos entre as agências de saúde, bem como mapear recursos e riscos de maneira regionalizada, prevendo inclusive ações conjuntas interagências;
- b. Criar um fórum com entidades de classe que possam ser envolvidas na resposta (Confea, CFP, CFM, CAU, CFESS, CFF, CFQ entre outras);
- c. Elaborar / revisar / atualizar instrumentos de registros dirigidos, instruir sua utilização e criar facilidade ao acesso;
- d. Investir esforços no desenvolvimento de uma consciência nacional sobre o tema para:
 1. postura de prevenção, autocuidados e monitoramento/ cuidados com o outro;
 2. cultura de registros
 3. cultura de coibir violações e negligência
 4. manter / ampliar a valoração aos direitos humanos

5. Formalizar demandas mínimas e protocolos para a formação dos profissionais (Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marco Andrey Teixeira Hermogenes, Representantes da Comissão de Desastres do CRP-DF).

Ao analisarmos as respostas dos trabalhadores, percebemos que a maior parte deles tem conhecimento das diferentes fases dos desastres previstas em uma gestão integral de riscos e de desastres, entretanto, as respostas ainda enfatizam apenas uma parcela dessas fases. A maior parcela dessas proposições ainda está voltada para a fase de preparação ou resposta.

É notório o fato de que os trabalhadores demonstram ter conhecimento da necessidade de reconhecer e incorporar as políticas públicas nacionais na conformação dessas diretrizes e, ao mesmo tempo, reforçam a importância de estabelecer um planejamento de cuidado junto à comunidade, com ações voltadas para a promoção da saúde mental, ainda que estas estratégias de cuidado não sejam as mais utilizadas nos desastres ocorridos no território nacional nas últimas décadas (Vicente et al., no prelo).

Os entrevistados citam, ainda, a necessidade de planejar e executar ações a partir das demandas das pessoas atingidas, considerando uma perspectiva ampla de cuidado e incorporando à estratégia central de cuidado ações voltadas para os trabalhadores e gestores que se encontram no território adscrito ao evento. Notamos também que poucos trabalhadores citaram a necessidade de elaborar estratégias baseadas em pesquisas e estudos específicos para a população a ser atendida, bem como não encontramos referência aos equipamentos de controle social dos sistemas públicos como SUS, SUAS e SINEC.

SOBREVIVENTES

No que concerne à pergunta referente às “diretrizes orientadoras de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil”, o sobrevivente Adriano Biajone, pontuou a necessidade de elaborar uma política nacional referente a saúde mental e atenção psicossocial em desastres. Adriano elencou, também, a necessidade de definir responsabilidades

nos diversos níveis de atenção, bem como, a imprescindibilidade de orçar despesas para a contratação de profissionais e prever espaços de atendimento e cuidado de atenção psicossocial e saúde mental. Em sua resposta percebemos ainda a preocupação com a privacidade e a exposição das pessoas afetadas por desastres:

Penso que é necessária uma política nacional para o tema que defina responsabilidades em todos os níveis de atenção: municipal, estadual e federal, nas diversas políticas setoriais, como saúde, assistência social, educação, meio ambiente, etc. Bem como as metas necessárias em torno das estratégias acontecidas, que devem ser pensadas em longo prazo, e que essas sejam acompanhadas por um conselho gestor, também nos diferentes níveis.

Que os governos possam prever, juntamente com os recursos que são repassados após a decretação da situação de emergência, valores para a contratação de profissionais que atendam as pessoas vítimas e que haja obrigação na prestação de contas à população, e principalmente, às vítimas.

E que as pessoas vitimadas pelas tragédias possam ser ouvidas. Que tenham espaços para compartilhar suas angústias, dores, receios e necessidades e também, possam tomar as decisões juntamente com os agentes públicos.

Outra questão a ser pensada é sobre pensar em uma forma de proteger a intimidade das pessoas vitimadas, já que após a tragédia, muitos curiosos comparecem aos locais e fotografam espaços de moradia, pessoas mortas e expõem famílias em situações muito constrangedoras nas redes sociais (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

Por sua vez, Rosângela Gravina, também sobrevivente, responde rememorando a necessidade de cuidados de AP e SM vivida durante os deslizamentos de terra de 2011. Para a artesã, é necessário garantir nas diretrizes de uma estratégia, a presença de profissionais para o atendimento comunitário pós-desastres: “Eu acho que em 2011 o poder público teria que ter colocado em cada bairro um profissional pra dar assistência na comunidade pra ajudar os que estivessem precisando de ajuda psicológica” (Rosângela Gravina, artesã, sobrevivente).

É notória, nas respostas dos sobreviventes entrevistados, a preocupação em garantir a presença de profissionais de AP e SM na fase de resposta e reconstrução através de ações e atividades voltadas para o atendimento direto à comunidade afetada por desastres. Adriano ressalta a importância de garantir o protagonismo dos afetados nas tomadas de decisões, ação essa que também vem sendo defendida na maior parte dos guias e protocolos de cuidado internacional (IASC, 2007).

Outro ponto que destacamos, é a preocupação em garantir a dignidade através de ações que visem a não exposição das pessoas afetadas. Entendemos que em situações de desastres, a mídia pode desempenhar um papel fundamental na difusão de informações de AP e SM, quando se propõe a desempenhar de forma ética e bem embasada em evidências científicas as informações divulgadas (Spence, Lachlan & Griffin, 2007). Nestes termos, lembramos que o processo de divulgação de informações, ou a ausência dele, pode influenciar de maneira imperativa todas as fases do desastre. Nesse sentido, a mídia, seja ela, formal ou informal, exerce um papel decisivo na percepção e implicações desencadeadas por desastres (Pantti, Wahljorgessen & Cottle, 2012).

PESQUISADORES

Em resposta a essa mesma questão: “Em sua opinião quais seriam as diretrizes orientadoras de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil?”, a pesquisadora americana Kimberly, lembrou a imprescindibilidade de considerarmos a cultura

enquanto diretriz orientadora de uma estratégia de AP e SM em desastres, a fim de que, entre outros pontos, possamos avaliar os impactos psicossociais posteriores.

Kimberly também ressaltou que é preciso refletir e pensar estratégias de cuidado a partir das ferramentas e capacidades que a própria comunidade possui para se recuperar. A pesquisadora sugere em sua resposta a necessidade de pensarmos mecanismos de monitoramento que sirvam ao alerta antecipado dos riscos à uma população. Em continuidade a sua resposta, salientou que quanto maior o impacto físico de um desastre, maior tende a ser o impacto à saúde mental das pessoas afetadas. Abaixo é possível acompanhar a resposta da pesquisadora:

Tem que levar em conta a cultura, em primeiro lugar, para poder oferecer suporte aos impactos e os efeitos psicossociais, que nem sempre são óbvios nos primeiros dias. (...) o problema é encontrar uma maneira de assessorar o impacto e tentar encontrar uma medida para fazer isto. (...) o impacto físico afeta o impacto mental. (...) quanto maior o impacto sofrido, maior a probabilidade de que tenham um impacto na saúde mental mais para frente, entretanto, não estamos seguros quais são as intervenções que mais irão ajudar. Necessitamos encontrar quais são as intervenções psicológicas que podem auxiliar essas pessoas. (...) ajudar a população a entender como ela mesma pode se ajudar durante um desastre (PFA) (...) (Kimberley Shoaf, Pesquisadora, Universidade de Utah).

A socióloga Norma Valêncio, por sua vez, afirma que as diretrizes fundamentais deveriam pautar-se na priorização do que nominou de “Drama Humano” considerando como ponto central o contexto social e os valores culturais da população afetada, isto é, priorizar o cuidado humano considerando a sua complexidade, como é possível acompanhar abaixo:

Desde uma perspectiva sociológica e no caso brasileiro, aponto uma diretriz fundamental: Considerando que o contexto social fosse o centro daquilo que as autoridades viessem a

problematizar como desastre, PRIORIZAR a análise do drama humano subjacente (ie, ampliar a capacidade teórica e metodológica dos profissionais em campo/em posição deliberativa entenderem a dinâmica comunitária, as estruturas familiares em jogo, os tipos de vínculos e conflitos interpessoais/grupais preexistentes, os valores culturais que permeiam a ideia de perda e dano etc) (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Assim como o sobrevivente Adriano Biajone, o pesquisador Carlos Machado de Freitas, é bastante enfático ao defender que “a principal diretriz é que deve ser estabelecida uma política de atenção em saúde mental para os desastres, considerando os diferentes tipos de desastres e sua magnitude, pois ambos os aspectos interferem na saúde mental das populações expostas” (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

Carlos salienta a importância de desenvolvermos uma política de AP e SM que atente para a tipologia dos desastres, e proponha ações voltadas para tais especificidades:

Em relação aos eventos, os desastres intensivos como uma inundação brusca e deslizamentos ou mesmo um evento recente como o rompimento da barragem da Samarco em Mariana, com destruição de casas e bairros, perda de todos os pertences, familiares e amigos possuem impactos de curto e longo prazo que são distintos dos relacionados aos desastres extensivos, como as inundações graduais do Amazonas ou a seca no Semiárido, onde as situações se constituem muito mais como situações de estresse adicional às condições de vida. Todos estes tipos de eventos devem ter cuidados em saúde em mental, mas suas políticas e ações são distintas (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

Em continuidade a sua resposta, Carlos reforça que as diretrizes devem abarcar as diferentes perspectivas do cuidado, respeitando as particularidades do recorte de tempo onde

emergem os desastres, e refletindo sobre a implementação de ações específicas de cuidado em acordo com as características desses:

Para os desastres intensivos são necessários aportes imediatos de profissionais e estruturas que possibilitem identificar os grupos que apresentam maiores necessidades e estruturar um acompanhamento e cuidado de curto prazo, que deve ser conectado à estruturação de um cuidado e acompanhamento de médio e longo prazo, envolvendo a rede de saúde, bem como a comunidade como um todo, famílias, escolas. Para os desastres extensivos, a formulação de políticas e diretrizes para fortalecer a saúde mental na atenção básica, com orientação para que os profissionais possam não só identificar os períodos mais críticos, mas também os problemas de saúde mental que são apontados pela população (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

A pesquisadora Alicia, por sua vez, afirma-nos que os dados, antes, durante e depois de um desastre, devem ser considerados a fim de possibilitar uma melhor compreensão da dimensão do desastre, mas também para que sirvam de base para o acompanhamento e monitoramento eficaz do mesmo. A pesquisadora lembra ainda a importância não apenas de disponibilizar serviços de cuidados para a população, mas também de sensibilizá-la para a utilização de tais serviços: “Levantamiento de datos sobre los casos mas extremos sobre las victimas y perdidas, no solo disponibilizacion del servicio profesional, sino fomento al uso de este servicio. Seguimiento y monitoramiento para medir efectividad” (Alicia Bustillos Ardaya, Pesquisadora em Redução de Riscos de Desastres, Bonn University, Alemanha).

As pesquisadoras Dafne e Elaine, estiveram alinhadas em suas respostas. Para as pesquisadoras, as diretrizes devem garantir a qualidade do atendimento oferecido à população, bem como precisam fortalecer os serviços públicos de Saúde Mental, além de garantir que esses

profissionais reconheçam as demandas das comunidades afetadas e potencializem as ações de protagonismo dos afetados garantindo uma etapa de reconstrução eficaz:

Acredito que pontos importantes são o estabelecimento de uma política pública que garanta profissionais capacitados que garantam excelência no atendimento dos afetados, que tenham conhecimento da dinâmica da comunidade afetada e que sejam conhecidos com credibilidade em suas ações e propostas. Outro ponto extremamente relevante é que esses profissionais estejam alinhados com a efetivação do protagonismo dos afetados, sem recorrer à vitimização, e sim a medidas que minimizem os riscos no dia a dia, e que sejam eficazes no enfrentamento e reconstrução de lugares e pessoas (Dafne Rosane Oliveira, USP, São Paulo).

Preparar profissionais de saúde mental do SUS e voluntários; Fortalecer serviços públicos de saúde mental para identificação, acolhimento e manejo dos efeitos psicossociais dos desastres nas pessoas; Conhecer as comunidades de risco e suas necessidades (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP-SP).

Na sequência de sua resposta, Elaine elenca ações de planejamento e formação para a conformação de diretrizes de AP e SM em desastres:

Elaboração de Plano de Estratégias para educação da população prevenção e redução de riscos; Elaboração de Plano de Estratégias para o enfrentamento de crises; Elaboração de Plano de Estratégia para recuperação da comunidade após desastres; Elaboração de Plano de Estratégia para pessoas abrigadas. Elaboração de Plano de Preparação e Cuidados para profissionais que atuam em desastres e em abrigos (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP-SP).

Por sua vez, a pesquisadora Diane Maria Scherer Kuhn Lago, reforça que as diretrizes devem incluir ações que fomentem a fase de reconstrução, priorizando “o recomeço e a reorganização individual e social de cada um dos envolvidos no desastre” (Diane Maria Scherer Kuhn Lago, Docente, UnB).

Em uma análise geral das respostas dos entrevistados na categoria PESQUISADORES, percebemos, que estes apontaram inúmeras sugestões que contemplam os diferentes aspectos da AP e SM na GIRD, entre elas o processo de investimento à autonomia das comunidades afetadas, a promoção das ações de educação permanente, fortalecimento das políticas públicas loco-regionais.

A maior parte das respostas teve como foco a inclusão do processo de cuidado de AP e SM através dos sistemas públicos já existentes e da articulação com as comunidades afetadas. Reforçamos que majoritariamente essas sugestões vêm ao encontro das diretrizes operacionais sugeridas em guias, protocolos, e manuais de especialistas internacionais em AP e SM em desastres (IASC, 2007), bem como as agências internacionais que trabalham em situações dessa natureza (WHO, 2012, 2013).

5.4 Identificando e Reconhecendo Atores

A questão de número quatro: **“Em sua opinião quais são os atores centrais da organização de um desastre no Brasil?”**, tem como intuito compreender quais são os atores identificados e/ou reconhecidos pelos entrevistados como sendo primordiais na conformação de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial no Brasil, bem como visa auxiliar no mapeamento desses atores atuantes no cenário nacional. Tal questão serve-nos, também, à reflexão sobre quem pode, ou deve, executar os processos de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, e como eles são percebidos nesse processo.

GESTORES

Quando indagada sobre os atores centrais da organização de um desastre, a gestora ministerial, Eliane, respondeu tendo como base de referência o Sistema Único de Saúde:

Olha, pensando com o Sistema Único de Saúde, seriam a Coordenação de Saúde Mental do Ministério, pensando do ponto de vista do SUS. As Secretarias de Saúde tanto de Estados como de Municípios, com suas respectivas áreas lá de atendimento social são chaves no ponto de vista, no ponto de garantir o atendimento na rede pública de saúde e fazer com que os serviços não sejam interrompidos (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

Em continuidade a essa questão, Eliane registrou a necessidade de mapear os especialistas oriundos de diferentes instituições e as organizações voltadas para o tema. Para a gestora estes atores são importantes para reforçar a capacidade de atuação dos entes governamentais: “Como também a articulação com outros atores e outras instituições que tenham essa expertise, então cabe também à gente identificar nessa rede de atendimento quando é superada a nossa capacidade de atuação com o SUS a quem a gente poderia recorrer para ter um apoio adicional nesse processo, né?!” (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

Em um caminho similar à reflexão de Eliane, Jorge Sayde apontou a imprescindibilidade de incluir as diferentes secretarias, departamentos e coordenações ministeriais, estaduais e municipais, particularmente aquelas(es) interligadas (os) ao Sistema Único de Saúde, como: “saúde mental, saúde do idoso, saúde do trabalhador, assistente social, vigilância em saúde, epidemiologia, financiamento” (Jorge Sayde, gestor do Ministério da Saúde).

Em contrapartida, o gestor estadual, Mauro, indicou a comunidade como o primeiro ator a ser convidado a elaborar as estratégias de cuidado de AP e SM:

A comunidade eu acho né (...) o que que a gente identifica? Que no momento que a gente começa a prestar um serviço de saúde mental que não existia antes né, nós estamos criando uma demanda sobre a comunidade né, uma demanda que não existia, eles não, eles nem sabiam que precisavam daquela ajuda né, então eles começam a procurar mais ajuda também. Então é um programa...hã... nós mesmos acabamos criando demanda pra nós mesmos no momento que a gente conscientiza né a rede de saúde e a comunidade né, nós estamos dando... não deixa de ser mais cidadania pra eles, porque eles tão entendendo mais que um direito de ter uma atenção também sobre a saúde mental né e não só sobre salvarem eles de morrer afogado, de uma diarreia porque a água tava contaminada né, mas tem coisas que às vezes são banalizadas né, tornadas subjetivas né “Ah não, isso daqui eu tiro de letra né”, mas não muita coisa que pode acontecer depois, até alcoolismo né, briga familiar, a desestruturação familiar mesmo né, às vezes até social né, se tivesse uma...o olhar um pouco mais amplo sobre as demandas de, relacionadas à saúde mental, ao impacto do stress ali, talvez até fosse melhor encaminhada (Mauro Kotlhar, Coordenador estadual do VIGIDESASTRES, Rio Grande do Sul).

De uma forma próxima às recomendações dos especialistas internacionais em desastres (IASC, 2007), a gestora Silvia, respondeu-nos lembrando que é importante não generalizar as estratégias oferecidas nos diferentes tipos de desastres, a fim de que possamos contemplar as idiosincrasias de cada região no Brasil, entretanto, reforça que atores como Proteção e Defesa Civil, Bombeiros, equipes de Segurança, Ministérios e Secretarias de Saúde, as Coordenações Executivas nacionais ou municipais, líderes comunitários, líderes religiosos, entre outros atores, precisam estar diretamente envolvidos na estratégia de cuidado:

(...) una respuesta pormenorizada sería extremadamente extensa, porque además Brasil es un país muy extenso y con diversidades significativas, de modo que una organización

adecuada tiene que contemplar esas particularidades. Pero intentando hacer generalización y síntesis, de las cuales no soy partidaria, pero en un cuestionario como este comprendo que no se puede escribir un tratado, diría: Los equipos de primera línea de respuesta (Protección civil, Bomberos, fuerzas de Seguridad, Ministerios y secretarías de Salud, el Ejecutivo central o local, referentes de la comunidad, líderes religiosos entre otros actores). Silvia Bentolila, MINSAL- Argentina

A entrevistada Karol Veiga, agrega em sua resposta a equipe da Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). A Força Nacional do SUS, como é chamada, foi criada em novembro de 2011 e “é formada por profissionais de saúde voluntários das mais diversas áreas que são deslocados para agir no atendimento às vítimas de desastres naturais, calamidades públicas ou situações de risco epidemiológico e desassistência quando for superada a capacidade de resposta do estado ou município”¹².

Em seu turno, a gestora Milena reforça a opinião dos entrevistados anteriores, ao sugerir que os três níveis governamentais precisam constar entre os atores centrais da elaboração de uma estratégia. Milena sugere ainda que outros atores componham o quadro de atores, como os “profissionais de saúde, direitos humanos, defesa civil e associações de moradores e membros de comunidades vulneráveis” (Milena Nunes de Almeida, Secretária Estadual de Saúde-Goiás).

Em linhas gerais, os gestores apresentaram respostas complementares, na medida em que sugerem atores governamentais como as equipes, serviços, programas e coordenações do SINPDEC, SUS, Corpo de Bombeiros, e não governamentais como os líderes religiosos, associação de moradores além, é claro, das comunidades diretamente afetadas.

Através das respostas analisadas, não percebemos a inclusão de atores de formação (em especial da política de educação permanente) e controle social. Embora esses façam parte das

¹² Blog da Saúde, acessado em 14 de fevereiro de 2018 no site <http://www.blog.saude.gov.br/w0s9bd>

políticas do SUS, SINPEDEC, SNE E SUAS, nenhum destes atores foram citados como agentes centrais da elaboração de estratégias de AP e SM na GIRD.

TRABALHADORES

Em resposta a mesma questão, a psicóloga Maria Luiza Pacheco, assim como o gestor Mauro Kotlhar, lembra que a comunidade local, seja ela conformada por trabalhadores, gestores, voluntários ou pessoas afetadas deve ser a protagonista da estratégia. Maria Luiza afirma ainda que a população local, o que inclui as pessoas afetadas, gestores e trabalhadores, são a referência mais qualificada para obtenção de informações específicas da demanda local:

As pessoas que conhecem o local, vivem nesse cenário ou estão ligadas ao fato, são elas os protagonistas que tem a possibilidade de dar as ferramentas mais adequadas para as equipes externas terem mais subsídios de criarem estratégias de apoio, bem como dimensionar o impacto no sistema afetado (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

Os psicólogos Rosana, Marco, Eliana, Olavo e a enfermeira Gisele, cada um ao seu turno, estabeleceu uma lista de atores que devem participar da elaboração de uma estratégia de desastre, como é possível acompanhar nas respostas abaixo:

- a. É importante pensar em uma equipe de coordenação multidisciplinar, composta de diferentes atores que atuam na resposta à tragédia e, com o sentido de equipe, promover a saúde mental e bem-estar psicológico, especificamente:
 - i. Profissionais das Organizações de Proteção e Defesa Civil e de Segurança Pública
 - ii. Profissionais da saúde, serviços sociais e educação
 - iii. Representantes dos setores de alimentos, abrigos, água e saneamento;
 - iv. Representantes dos afetados;

- v. Entidades voluntárias (MSF, Cruz Vermelha, entidades de classe, etc); e
- vi. Especialistas requeridos de acordo com a natureza e características da tragédia (Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marco Andrey Teixeira Hermogenes, Representantes da Comissão de Desastres do CRP-DF)

Defesa Civil, Bombeiros, equipes de saúde e saúde mental, equipes de Assistência social, Ministério Público, ONG's, instituições das categorias profissionais envolvidas, instituições de competências específicas pelos tipos de desastre e sociedade em geral (Eliana Torga, representante da CNPGIRD-CFP).

Os integrantes do sistema nacional de proteção e defesa civil; profissionais e as redes de serviço do SUS, SUAS, Segurança Pública (Olavo Sant Anna Filho, Escola Paulista de Psicodrama, Ex-coordenador de Defesa Civil Estadual de São Paulo).

Entendo que são atores centrais: equipes multiprofissionais, líderes comunitários e gestores das três esferas, comunidades, setor público e privado (Gisele Cristina Manfrini Fernandes, representante dos enfermeiros em emergências e desastres, Santa Catarina).

A partir dessa extensa lista de profissionais, trabalhadores e demais atores, citados pelos entrevistados, é possível entender a complexidade e a diversidade de sujeitos que precisa ser envolvida na conformação de diretrizes e estratégias que contemplem as demandas mínimas das populações afetadas, ao mesmo passo, é possível ter uma melhor compreensão do cuidado necessário na articulação de uma rede de cuidados que seja coerente com a demanda da AP e SM na GIRD. A multiplicidade de atores articulados em torno de uma estratégia com objetivos comuns à AP e SM na GIRD oportuniza a oferta de ações inclusivas e atenta as especificidades das pessoas afetadas.

SOBREVIVENTES

Ao ser questionado sobre quais seriam os principais atores a serem envolvidos na organização de um desastre, Adriano Rodrigues Biajone listou:

- População atingida;
- Profissionais das políticas públicas do território atingido.
- Os três poderes (executivo, legislativo e judiciário).
- As universidades.
- Os conselhos de classe profissional (CRESS, CRP, OAB, etc.) (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

Pela primeira vez nesta pesquisa, um entrevistado citou os três poderes como atores de um desastre, oferecendo uma perspectiva de manutenção e reivindicação de direitos. Adriano também cita, na sua resposta, as universidades e os conselhos profissionais como: a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Conselhos Regionais de Serviço Social, Conselhos Regionais de Psicologia, entre outros, incluindo, respectivamente, a perspectiva da formação dos profissionais que atuam em desastre e a necessidade de orientar e fiscalizar suas ações através dos conselhos profissionais.

A sobrevivente Rosângela, ao ser questionada sobre os atores principais para conformação de uma estratégia de AP e SM em desastres, identifica como primeiro ator o poder público e, na sequência, aponta a comunidade como ferramenta de apoio para auxiliar na fase de resposta e reconstrução de um desastre já instaurado, ou ainda, como ator reivindicador de direitos, também na fase de reconstrução: “Primeiro o poder público e segundo a própria comunidade, arregaçar as mangas e fazer o que for possível pra melhorar a comunidade! Segundo se organizar e correr atrás do poder público pra fazer aquilo que é de direito e obrigação deles!” (Rosângela Gravina, artesã, sobrevivente).

A resposta de Rosângela aproxima-nos de uma realidade bastante comum no território Brasileiro, onde as fases de resposta e reconstrução são identificadas de forma clara, mas as fases de prevenção, mitigação, isto é, os processos que poderiam evitar e/ou minimizar os efeitos dos desastres geralmente não são mencionados ou percebidos antes que de fato o desastre esteja instaurado.

Outro ponto relevante, e de comum acordo com a resposta do sobrevivente Adriano, refere-se à necessidade de reivindicação de direitos por parte da população afetada, como é possível acompanhar nas palavras de Rosângela: “a própria comunidade, arregasar as mangas e fazer o que for possível pra melhorar a comunidade” (Rosângela Gravina, artesã, sobrevivente).

PESQUISADORES

Quando questionada sobre **“Quais os atores centrais da organização de um desastre no Brasil?”** a socióloga, Norma Valêncio convida-nos a uma ampla reflexão em busca de compreender a complexidade da arquitetura dos desastres no Brasil e como os atores centrais o manufaturam na contemporaneidade:

Da organização de um desastre (ie, atores que agem para “fabricá-lo”), são, a meu ver, os que dominam a esfera estatal na indução do modelo de desenvolvimento econômico adotado desde os anos de 1950; atualmente, são os que dominam o modelo neodesenvolvimentista, o qual é essencialmente predatório em termos socioambientais. Essa dominância se reflete numa mentalidade politicamente reacionária e socialmente intolerante, que legitima o desmantelamento dos lugares de povos tradicionais, a indiferença perante o aumento da precariedade/insegurança nas periferias urbanas, a produção de perigos difusos, entre outros.

Da organização da política em torno do gerenciamento de desastres, os atores dominantes são as instituições militares (Forças Armadas, polícias militares e bombeiros militares) e

afins (ABIN, INPE) que se articulam numa racionalidade comum, amalgamada no SINEDEC, em torno de uma abordagem tecnicista. O braço científico é fundamentado por investigadores das ciências duras (na sobrevalorização de monitoramento de tempo e clima, monitoramento hidrológico, cartografias de risco geológico etc) que faz desaparecer o componente humano do desastre. Nesse approach, a discussão e a ação técnica que remeta o meio social ignora o debate científico correspondente e deliberadamente ignorada a complexidade social. Essa “ignorância” é a base da manutenção de uma visão hegemônica simplificada que respalda uma atuação técnica, no geral, conflitante com a garantia dos direitos da pessoa humana. Trata-se de um projeto de poder de um grupo (técnico e científico) dentro do Estado brasileiro e, desde lá, de perda das conquistas democráticas recentes (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Norma, ao se referir aos atores centrais em um desastre no Brasil, apresenta-nos uma análise crítica profunda de como os atores recorrentes no cenário desses desastres nacionais, de alguma forma auxiliam na construção e perpetuação de eventos dessa natureza. Em sua resposta, a pesquisadora alerta-nos para o fato de que a escolha e manutenção de um modelo de desenvolvimento econômico como o que temos hoje, caracterizado por Norma como predatório, promove não apenas a ocupação de territórios que oferecem riscos às comunidades economicamente menos favorecidas, como também promove o afastamento dessas comunidades dos espaços de reflexão e decisão.

Ao citar o poder público como um dos atores, a socióloga refere-se a esses não apenas como presentes por atuar nas diferentes fases dos desastres para prevenir, mitigar, preparar, responder ou reconstruir, mas aponta-os como os responsáveis por estruturar uma macro conjuntura que desencadeia e fomenta, de diferentes formas, a existência de atuais e futuros desastres, uma vez que tal modelo corrobora com o declínio socioambiental.

Vale ressaltar que a abordagem tecnicista, a qual a pesquisadora se refere em sua resposta, tem sido amplamente utilizada nas estratégias desenvolvidas no Brasil. Poucas vezes encontramos referenciais que problematizam essa dinâmica de ressignificação das abordagens e processos de cuidado nos cenários dos desastres, bem como, raramente encontramos tal reflexão presente nos referenciais bibliográficos utilizados pelas equipes que intervêm nos cenários dos desastres em alguma das etapas da GIRD.

Infelizmente, os modelos implementados em nosso país, não tem considerado o **componente humano do desastre** de forma central, o que em parte explica a necessidade vigente dos sobreviventes entrevistados em inserir a reivindicação de direitos junto ao poder público e, ao mesmo passo, reflete parte dos embates que o poder público tem travado junto às comunidades afetadas que não conferem aos atores governamentais um lugar de respeito ou referência no processo de cuidado. É notório que, nos desastres nacionais, recorrentemente as comunidades afetadas atribuem ao poder público um papel de algoz e não um garantidor de direitos no processo de proteção e segurança.

Em resposta ao questionamento acerca dos atores centrais em situações de desastres, o pesquisador Carlos, além de citar os atores mais frequentes em atuação hoje no Brasil, ressalta a necessidade de que estes trabalhem de forma integrada, sincronizada e articulada, pois a ausência destes três aspectos vem acarretando impactos negativos nos resultados das estratégias desenvolvidas para situações de desastres no país. Para Carlos:

É de vital importância que os setores: defesa civil, meio ambiente e saúde, juntos com planejamento urbano, habitação e assistência social atuem conjuntamente tanto na formulação de estratégias de prevenção de desastres, como de respostas. Mas, o mais importante é que atuem de modo integrado, o que não ocorre na atualidade. Por exemplo, deixar pessoas desabrigadas por 10 ou 5 anos significa prolongar o sofrimento e deteriorar

as condições de vida. Construir casas ou conjuntos habitacionais sem serviços de saúde e sem considerar os laços de comunidade pré-existentes significa prolongar e agudizar o sofrimento. Ter ações de preparação para as inundações graduais, como é feito em Manaus pela defesa civil é importante, mas dissociado de ações da saúde para cuidar dos hipertensos e dos picos de pressão, significa pouca capacidade de redução do risco de desastre. Ou seja, é importante os atores que citei, mas mais ainda, que atuem de modo integrado, sincronizado e articulado, pois a ausência destes três aspectos diminui o impacto das ações governamentais que ainda são tímidas. Além disto, um ator fundamental é a comunidade exposta e afetada, pois sem o envolvimento e participação da mesma, as políticas e ações de saúde mental acabam focadas no nível individual, descolando-se dos processos coletivos que envolvem (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

Na resposta do pesquisador Carlos além de encontrarmos os atores responsáveis pela proteção e defesa civil, meio ambiente, saúde, planejamento urbano, habitação, assistência social e comunidade, é estabelecido uma crítica a ausência de integração entre esses atores e estratégias pensadas por cada um desses, o que acarreta, na maior parte das vezes, um retrabalho desses atores no cenário do desastre, ou, de forma ainda mais grave, causa o esvaziamento dos espaços de proteção e cuidado às populações afetadas, potencializando os riscos e a sensação de ineficácia das estratégias traçadas.

De forma complementar à resposta de Carlos, Elaine, reforça a inclusão da população afetada na lista dos atores centrais, entretanto, na perspectiva da psicóloga Elaine, a comunidade aparece como um ator que necessita receber intervenções de agentes externos, “(...) ser avaliada, analisada e constantemente orientada” (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP, São Paulo). Na resposta de Elaine não identificamos o ator comunidade como um sujeito ativo e implicado na

construção de uma estratégia de GIRD, mas aparentemente, como um sujeito que necessita receber subsídios e suportes.

Dando continuidade à sua resposta, Elaine, cita os: “(...) Profissionais que atuam em resgates”, como outro ator central e finaliza indicando que a saúde pública deve ser “preparada para este atendimento”, nesses termos entendemos que a fase de resposta e preparação são vislumbradas pela psicóloga como parte do papel a ser desempenhado por esses atores. Na sua fala, Elaine aborda ainda pontos nevrálgicos na conjuntura nacional, como a formação básica em AP e SM na GIRD, para os profissionais de saúde, especialmente os profissionais atuantes junto as políticas públicas.

A fim de dar conta de uma parte dessa lacuna na formação profissional, em dezembro de 2010 a Secretaria Nacional de Defesa Civil em parceria com o CEPED-UFSC, lançou no Brasil um curso voltado a capacitação de profissionais de Defesa Civil, de Psicologia e demais áreas correlatas. Intitulado de “Gestão de Riscos e de Desastres: Contribuições da Psicologia”, o curso se propôs a sensibilizar os agentes de Defesa Civil para temas ligados à subjetividade humana; Apresentar aos psicólogos, estudantes de Psicologia e profissionais de áreas afins, a Política Nacional de Defesa Civil, seus conceitos, práticas e principais desafios; Aprimorar a atuação dos psicólogos e profissionais de áreas relacionadas em ações que visem contribuir para a construção da resiliência comunitária e mostrar diferentes possibilidades da atuação dos psicólogos nas quatro fases de atuação da Defesa Civil.

Embora a iniciativa pioneira de oferecer processos de formação tenha sido relevante para promover reflexão do paradigma de cuidado e intervenção em AP e SM, o curso teve um número de participantes limitado para a demanda nacional e não teve continuidade. Parece-nos fundamental a inclusão da AP e SM na GIRD nos currículos acadêmicos dos profissionais que atuam em desastres, mas também a oferta de processos de educação permanente para os

profissionais que já atuam nos sistemas públicos como SUS, SUAS, SINPDEC, SNE, entre outros.

Ainda no que tange o histórico nacional de formação em AP e SM na GIRD, nos anos de 2015 e 2016 o Conselho Federal de Psicologia promoveu o curso “Psicologia da Gestão Integral de Riscos e Desastres”, a partir da plataforma digital de educação a distância em psicologia OrientaPsi, com o objetivo de promover uma perspectiva atual da participação dos profissionais psicólogos(as) com relação a gestão integral de riscos e de desastres.

De forma similar, em 2016 a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), em parceria com a Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) publicou o curso: “Gestão Local de Desastres Naturais para a Atenção Básica” com o objetivo de contribuir na qualificação dos profissionais da saúde, em especial daqueles que atuam na Atenção Básica (AB) (UNASUS UNIFESP, 2016).

Embora não seja suficiente, visto que as bases da formação acadêmica ainda não contemplam a temática da AP e SM em desastres nas estruturas curriculares (Magrin et al., 2016), todos os três cursos citados apontam para o início do processo de ressignificação das práxis da AP e SM em desastres voltado para a gestão integral de riscos e de desastres.

Retomando a análise das respostas sobre os atores centrais em desastres, as pesquisadoras Dafne e Diane, agregam aos demais atores já citados anteriormente por outros entrevistados, as ONG’s e os voluntários, respectivamente:

Na minha opinião, os atores centrais são os órgãos do sistema da Defesa Civil, em conjunto com ONGs e outros setores do governo, e é claro, em parceria com as lideranças comunitárias e diretamente os afetados (Dafne Rosane Oliveira, USP, São Paulo).

A sociedade, com o apoio de entidades governamentais e não governamentais (organizações sociais) com a participação de voluntários. Em nível local, estadual e nacional (Diane Maria Scherer Kuhn Lago, Docente, UnB).

Cabe lembrar que a participação das ONG's e voluntários nas situações de desastres tem recebido muitas críticas e rejeições dos órgãos do poder público que coordenam as situações de desastres no país. Na maior parte das avaliações acompanhadas por nós, através da participação em espaços de planejamento ou intervenção em desastres no Brasil (Noal, 2012, 2013, 2013b, Noal & Vicente, 2011a), o conteúdo dessa reprovação versa sobre o desconhecimento de grande parte desses atores (ONG's e Voluntários) acerca das políticas públicas nacionais, bem como está relacionado a participação desconexa desses em relação à estratégia central coordenada pelo poder público no momento do desastre.

As avaliações das estratégias e ações em desastres que acompanhamos nessa última década demonstram que as intervenções de grande parte dos voluntários e ONG's vem sendo desenvolvida sem um conhecimento prévio sobre os planos de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reconstrução, bem como não demonstram uma preocupação em fazer parte de uma rede articulada de cuidado integral. Percebemos ainda que as ações geralmente são pontuais e não deixam registros que possam servir de subsídios para análise e histórico dos processos de cuidado (Noal, 2012, 2013a, 2013b, Noal & Vicente, 2011a). As avaliações evidenciam ainda que profissionais voluntários do campo da Saúde Mental e Atenção Psicossocial em muitos casos tem realizado intervenções reducionistas e/ou patologizantes, ancorando-se em teorias que estão em dissonância com os guias e manuais internacionais desenvolvidos pelo IASC (2007) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015, 2016).

Em continuidade à reflexão crítica direcionada a participação dos voluntários e ONG's em desastres, parte da insatisfação com a atuação desses atores relaciona-se ao desconhecimento

que demonstram em relação as linhas de cuidado que auxiliam na promoção da resiliência e na reconstrução a partir da própria comunidade e das idiossincrasias loco-regionais.

Outro ponto nevrálgico relacionado a participação desses voluntários e ONG's, refere-se ao curto espaço de tempo disponibilizado por esses às pessoas cuidadas, o qual muitas vezes não oferece continuidade ou encaminhamento adequado no cuidado ou tratamento profissional disponibilizado no primeiro momento da resposta, visto que na maior parte das vezes os trabalhos são finalizados algumas semanas após o marco inicial do desastre, sem que a demanda acessada por esses atores tenha sido contemplada ou encaminhada para outros serviços da rede de cuidados.

Em contrapartida, apesar das duras críticas que as ONG's e o voluntariado tem recebido do poder público brasileiro, e muitas vezes da própria população, a participação desses dois atores é avaliada por nós como importante para o desencadeamento de estratégias de GIRD complexas e dinâmicas. Um exemplo nacional da afirmativa é a intervenção realizada no evento crítico do Incêndio da Boate Kiss, quando um número expressivo de profissionais de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, já nas primeiras 24h após o incêndio, ofereceu voluntariamente seus serviços e, ao mesmo tempo, a organização internacional Médicos Sem Fronteiras foi convidada pelo poder público para construir, junto aos três entes federados, a primeira estratégia de SM e AP para as pessoas direta e indiretamente afetadas (Noal et al., 2016).

No artigo publicado na revista do Conselho Federal de Psicologia: Psicologia Ciência e Profissão, intitulado de "Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss" (Noal, et al., 2016), é possível acompanhar a construção inicial dessa estratégia onde os voluntários foram convidados a se inserir e a refletir junto aos três entes federados, que eram os articuladores centrais da estratégia.

Os voluntários de AP e SM, no Incêndio da Boate Kiss, receberam formação inicial da equipe de Médicos Sem Fronteiras para intervir e atuar de acordo com as diretrizes internacionais

de cuidado em AP e SM em desastres. Os partícipes acordaram a complementariedade das ações no momento da resposta do evento, sendo capazes de suprir a demanda inicial de cuidados emergenciais de AP e SM e ao mesmo tempo, de forma inovadora no cenário nacional, foram capazes de prolongar até a fase de reconstrução, os espaços de cuidados e encaminhamentos para o poder público local (Noal, 2013, Noal et al., 2016).

Passada a fase de resposta inicial, esses atores participaram da avaliação e reconfiguração da estratégia de médio e longo prazo, quando o poder público local finalizou o processo de contratação e formação dos profissionais que atenderiam as pessoas afetadas a médio e longo prazo (Noal et al., 2016).

Em consonância com a premissa das estratégias construídas coletivamente, acreditamos ser de suma importância que as estratégias de SM e AP em desastres identifiquem na sua conformação espaços para que esses atores participem de forma consciente da sua constituição e que sejam uma parte integrada e bem formada sobre as fases da GIRD, participando, sempre que possível, não apenas da resposta, mas também das fases de planejamento, prevenção, mitigação, preparação e reconstrução. Tal modo de inserção permite estabelecer um processo de cuidado mais eficaz para a população e muitas vezes menos oneroso para o poder público local.

Ressaltamos ainda a importância de que esses voluntários e membros de ONG's ao se disporem a trabalhar em situações dessa natureza, (re)conheçam os territórios, as culturas, idiosincrasias, teorias, práticas e reflexões vigentes a fim de estabelecer um processo de cuidado mais acurado.

5.5 Refletindo e Propondo Estratégias de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres

Ao responder a quinta questão: **“Se você fosse o responsável por organizar uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil, quais seriam as suas principais ações e deliberações”**, a gestora Eliane discorreu:

(...) eu acho que a primeira coisa que tem que se fazer é um levantamento inicial para você definir quais são as atividades primordiais naquela situação né. Eu como coordenadora de uma resposta a uma emergência desse tipo, responsável pela agenda, eu teria feito um levantamento junto aos órgãos responsáveis no âmbito do SUS de quais seriam as pessoas que poderiam ter sido atingidas naquilo ali, porque a gente tem um cadastro específico de quem recebe medicamento de uso contínuo, de quem faz parte do atendimento, de quem tá em internação. Isso pensando do ponto de vista daqueles que já tinham acesso ao serviço né, de...de saúde mental, como, como... estratégia de tratamento. E também fazer um levantamento e uma orientação às equipes de saúde para que elas tenham um olhar mais sensível na hora de fazer os atendimentos, na hora de, por exemplo, ir para um abrigo, na hora de ir para uma Unidade Básica de Saúde que a população vai fazer o atendimento, na hora de olhar o profissional que está atuando nesta emergência. Então eu teria esses dois olhares, primeiro fazer um levantamento de quais foram os nossos danos ali e identificar com base nesses cadastros prévios e tentar localizar essas pessoas que dependem desse tratamento e uma outra linha seria orientar esses profissionais que atuam na área, pra que eles possam dar orientação adequada, ou encaminhar a um tratamento se for o caso, se foi identificado, a essas populações e os profissionais que atuam na área (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

Em sua fala Eliane remete-nos à fase de resposta de uma situação de desastres. Tendo como ponto de partida um possível desastre já instaurado, a gestora pontua ainda a necessidade executar um planejamento junto aos setores e serviços existentes para embasar uma estratégia a partir da demanda da população, do local afetado e das responsabilidades de cada ator envolvido. Em sua resposta a gestora lembra-nos da importância de levar em conta o fato de que as necessidades de saúde existentes antes do desastre também precisam ser atendidas, evitando a desassistência dos beneficiários que já eram acompanhados antes do evento.

Ao refletir sobre a mesma questão hipotética, Jorge, afirma que a:

(...) primeira coisa era identificar as áreas afins que o ministério da saúde tivesse e que pudessem contribuir para gente formular uma política, ou um programa aliás, a política viria depois, que contemplasse trabalhadores especificamente na área da saúde, mas pensando nos demais, que pudesse estar lidando com as situações de desastres sabendo da necessidade e da urgência, e que este envolvimento fossem no sentido de dar suporte para aquela população que está precisando e não que viesse a dar mais um problema para ele próprio ou para o próprio estado. (...) precisa pensar no financiamento, na organização disso, na participação acadêmica, pensar esta pedagogia que seja palatável (Jorge Sayde, gestor do Ministério da Saúde).

O posicionamento de Jorge reflete uma demanda eminente na contemporaneidade e, ao mesmo tempo, uma fragilidade já apontada na questão anterior pelo pesquisador entrevistado Carlos de Freitas, isto é, a dificuldade de articulação entre os próprios departamentos dos sistemas públicos e os múltiplos setores do campo da saúde em situações de desastres.

Ao contestar a questão, Jorge remete à necessidade de estruturar um programa de forma conjunta com outros atores do campo de atuação da saúde, que tenham como foco a população afetada. O gestor reforça a importância de destinar um financiamento específico para programas

dessa natureza e, assinala a necessidade de refletir sobre o tema dos desastres junto às unidades acadêmicas da federação.

Parte da sugestão de Jorge, relacionada a aproximação junto as unidades acadêmicas da federação, ainda que de forma incipiente, vem sendo fomentada por meio da iniciativa do Ministério da Integração Nacional, ancorada na Lei 12.608 que Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC, a qual dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC. No art. 6º a lei informa que compete a união:

XI - incentivar a instalação de centros universitários de ensino e pesquisa sobre desastres e de núcleos multidisciplinares de ensino permanente e a distância, destinados à pesquisa, extensão e capacitação de recursos humanos, com vistas no gerenciamento e na execução de atividades de proteção e defesa civil (Lei 12.608, 2012).

Com a promulgação da Lei 12.608, surgiram 4 dos 11 núcleos de estudos e pesquisas em desastres ativos hoje no Brasil. Ressalta-se que, desse montante, 6 utilizam a nomenclatura de Centro de Estudos e Pesquisas em Desastres, em conformidade com a regulamentação da legislação, os demais utilizam as nomenclaturas: Núcleo e Instituto. Dessas 11 unidades de pesquisa, 9 são coordenadas por Universidade Federais.

Um dos pontos que merece atenção é a distribuição destes grupos de estudos e pesquisas, nas regiões da federação. Observamos que 4 desses estão sediados na região sul do Brasil, 4 estão localizados na região sudeste e 3 deles foram encontrados na região nordeste. No que concerne as Regiões Norte e Centro-oeste, não encontramos nenhuma menção a centros de estudos e pesquisas ou grupos institucionalizados voltados para a pesquisa e estudo do tema. Ressaltamos que embora o Atlas Brasileiro de Desastres Naturais (MIN, 2013) aponte estas duas regiões (CO

e N) com o menor número de desastres abruptos, ainda assim percebemos que essas regiões também sofrem com desastres e eventos com outras características.

Ao retomarmos à análise das entrevistas, identificamos a preocupação do gestor Mauro em trabalhar a AP e a SM nas fases de preparação e mitigação. Na sua resposta ele identifica como uma das primeiras necessidades de inclusão em uma estratégia de AP e SM para desastres a sensibilização e formação das equipes da rede do SUS para o tema e, na sequência, garantir a capacidade de atendimento na própria rede. O último ponto descrito por Mauro refere-se a disponibilizar através da rede SUS o acolhimento à população afetada nas primeiras 72h pós-desastre, isto é, na fase de resposta. Como é possível acompanhar abaixo:

(...) eu acho que primeiro sensibilizar de que aquele problema existe né, então a informação, a gente chama de educação em saúde né, educação em saúde alertando pra que tal problema acontece. Depois, criar dentro da rede né, a capacidade de absorver essa demanda né, que se a pessoa vai reconhecer que ele tem uma demanda, que alguém pode ajudar, bom cadê essa pessoa que pode me ajudar né? Então minha rede tem que tá capacitada né?, a gente identifica que basicamente acolhimento né? pelo menos naquelas primeiras horas ali né, os primeiros dias, as 72 primeiras hora é acolher, ouvir, ouvir, ouvir né, nada mais que isso né. É colocar a pessoa no colo [risos] (Mauro Kotlhar, Coordenador estadual do VIGIDESASTRES, Rio Grande do Sul).

Ressaltamos que o ponto, sugerido por Mauro, referente a formação em AP e SM na GIRD destinada às equipes de saúde, ainda é bastante incipiente. Como foi discutido em análise às respostas dos entrevistados anteriores, foram identificados apenas três cursos na última década oferecidos especificamente para os trabalhadores do Sistema Público de Saúde e de Proteção e Defesa Civil. Todos os três foram disponibilizados na modalidade de educação à distância (EAD) e não houve oferta de continuidade no processo formativo.

Frisamos que um desses cursos foi oferecido especificamente aos profissionais registrados nos Conselhos Regionais de Psicologia, visto que o curso foi oferecido através da plataforma virtual do Conselho Federal de Psicologia (OrientaPsi, 2015, 2016), de acesso restrito aos profissionais registrados. Os outros dois cursos foram oferecidos para os profissionais da saúde em geral, respectivamente pela: Universidade Federal de SC em parceria com o Ministério da Integração Nacional (UFSC, 2010) e pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNASUS & UNIFESP, 2016).

Silvia reitera, de forma similar às recomendações de organizações internacionais de ajuda humanitária (MSF, 2011), a importância de conformar uma equipe de trabalho inicialmente concisa para conformar um diagnóstico e o levantamento dos recursos existentes, incluindo a avaliação da qualidade técnica dos treinamentos desenvolvidos junto aos profissionais de saúde.

Assim como os entrevistados Carlos de Freitas e Mauro Kotlhar, Silvia chama a atenção para a lacuna no processo de formação universitária dos profissionais de saúde, especificamente no que tange a AP e SM em desastres. Lacuna, esta, que também foi identificada por nós na pesquisa intitulada: “Identificando e mapeando as disciplinas de psicologia em desastres e catástrofes no Brasil: será que elas existem?” (Magrin et al., 2016). A seguir podemos acompanhar a resposta de Silvia:

En principio conformaría un equipo pequeño de trabajo para hacer un diagnóstico y relevamiento del recurso existente, hay regiones que tienen equipos entrenados (me consta personalmente). Es necesario contar con un recurso profesional que conozca en profundidad la temática, lamentablemente nuestras universidades dan poco o nada de formación en el área, y la modalidad de intervención difiere significativamente de otros planes de Salud mental. (...) Involucraría a las instituciones educativas para que incluyan en sus curriculas la temática (Silvia Bentolila, MINSAL- Argentina).

A gestora aponta ainda para a importância de elaborar e divulgar protocolos de cuidado seguido de uma formação destinada às equipes que trabalham diretamente nos cenários de desastres, a fim de que possam fazer uso das orientações de forma consciente e esclarecida: “Consolidaría un protocolo de intervención, lo haría de público conocimiento y comenzaría a realizar acciones conjuntas con las fuerzas que intervienen en la emergencias y desastres. Empezando por capacitar en servicio” (Silvia Bentolila, MINSAL- Argentina).

Por fim, Silvia sugere a produção de um sistema de informações complexo que inclua: “(...) un sistema de registro o base de datos para hacer, relevamiento de recurso existente, equipos de referencia locales, seguimiento y evaluación”. Vale ressaltar que até o presente momento não foram conformados sistemas de informação nacional, regionais ou municipais, que incluam as informações de AP ou SM nas bases de dados dos sistemas públicos de Saúde, Assistência Social, Proteção e Defesa Civil e que possam oferecer subsídios para a gestão de estratégias e políticas públicas nesse tema.

De forma complementar a resposta de Silvia, a gestora Karol, enumera 11 pontos que considera fundamentais na elaboração de uma estratégia de SM e AP em desastres:

1. Em primeiro lugar penso que este tema deve ser debatido para nas graduações em saúde (medicina, enfermagem, psicologia, etc), pois só assim teremos profissionais habilitados para este tipo de trabalho. Sempre alinhados com as diretrizes e princípios do SUS e da política de saúde mental nacional.
2. Manter a educação permanente dos profissionais que trabalham na rede de saúde, neste caso específico, trabalhadores da RAPS.
3. Durante a ocorrência do desastre propriamente dito montar um grupo de gestão colegiada para coordenar o processo de trabalho.

4. Organizar espaços de reunião na linha dos gabinetes de crise para manter o comando articulado e informado e a rápida tomada de decisão.
5. Garantir a circulação da informação a todos os envolvidos através de boletins.
6. Destacar alguém habilitado para dialogar com a mídia e passar os informes
7. Garantir a identificação dos trabalhadores da saúde (crachá, colete, etc)
8. Garantir espaço de capacitação para os voluntários
9. Trabalhar para registrar todas as informações colhidas da população afetada direta e indiretamente (prontuários, relatórios que permitam acompanhar o processo de trabalho)
10. Enfocar o trabalho de base territorial.
11. Trabalhar de forma articulada com os outros profissionais (polícia, bombeiros, etc) envolvidos no trabalho (Karol Veiga, Ex-coordenadora de Saúde Mental, Rio Grande do Sul).

Os pontos elencados por Karol, em sua ampla maioria, foram abordados por outros entrevistados, entretanto, ressaltamos que a sugestão de estabelecer uma gestão colegiada para coordenar o processo de trabalho, além de não ter sido mencionada até então, auxilia na articulação entre as equipes que trabalham diretamente com os afetados, e facilita o processo de comunicação entre os atores que trabalham nesse cenário, otimizando os recursos e fomentando a integralidade no processo de cuidado.

Outro ponto central concernente a resposta de Karol está atrelada a preocupação de pensar estratégias de diálogo com a mídia, facilitando o fluxo coerente e ético de informações a serem ofertadas às populações afetadas e as equipes que trabalham nos eventos dessa natureza. Cabe lembrar que os discursos difundidos pelas mídias são construtores e produtores de sentidos sobre a realidade social (OMS, 2009).

TRABALHADORES

A psicóloga Eliana ao ser questionada: **“Se você fosse a responsável por organizar uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil, quais seriam as suas principais ações e deliberações”**, apresenta uma estrutura de raciocínio próxima à da gestora Karol Veiga. Entre outras ações significativas para o processo de cuidado de AP e SM em desastres, Eliana aponta para a necessidade de estabelecer uma linha de comunicação periódica com a população por meio da mídia e a importância de mapear os documentos de planejamento anteriores ao evento, como é possível verificar abaixo:

- 1- Salvar vidas e resgatar os afetados diretos
- 2- Reunir todos os atores organizando-os por escala de hierarquia de decisão;
- 3- Buscar os planos de contingências já existentes
- 4- Localizar as lideranças da comunidade, localidade e etc
- 5- Estabelecer linha de comunicação periódica com a população através de todas as mídias possíveis, mensagens sms e etc.
- 6- Solicitar ajuda de especialistas caso a equipe local não esteja preparada para atuar (Eliana Torga, representante da CNPGIRD-CFP).

Por sua vez, a psicóloga Maria Luiza, relata que: “Buscaria priorizar por uma integralidade no cuidado, desenvolver ações que pudessem legitimar o ocorrido sem patologizar o sofrimento”. A sugestão da psicóloga Maria Luiza, é bastante coerente tendo em vista que uma parte considerável das produções teórico-técnicas encontradas nas publicações latino-americanas nos últimos dez anos informam que a Saúde Mental e Atenção Psicossocial tem sido pensadas a partir de um enfoque psicopatológico nosográfico (Vicente et al., no prelo).

Em continuidade a sua resposta, a psicóloga aproxima-se da reflexão de gestora Karol Veiga ao sugerir a educação permanente em saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004; Ceccim, 2005)

como estratégia de cuidado e formação para os profissionais que atuam nos cenários de desastres. Em sua fala, Maria Luiza aponta que: “Parece recorrente que os profissionais envolvidos precisem serem capacitados para enfrentar a crise, então posterior aos cuidados e ações emergenciais parece se fazer necessário uma educação permanente ao cuidador para que ele possa desenvolver ações mais efetivas” (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

Dando continuidade à sua resposta, Maria Luiza acrescenta:

Talvez desenvolver coletivamente ações de cuidado seja organizar serviços que possam dar conta das demandas dos envolvidos, ou potencializar os existentes para que haja um resultado mais efetivo, pois, cada situação de crise é única e devemos adaptar as intervenções aos contextos sem protocolos estanques, com normas fechadas que não considere as normas culturais e sociais dos sujeitos envolvidos (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

No recorte acima, Maria Luiza aponta para a necessidade de atentar para as idiossincrasias do lugar onde nos propomos a planejar uma estratégia de AP e SM em desastres, garantindo que protocolos e normas sejam flexíveis e possibilitem um cuidado amplo, mas ao mesmo tempo que atente as especificidades do território afetado.

Ao finalizar sua entrevista, Maria Luiza faz sugestões para a intervenção de profissionais externos ao território do desastre que ajudam na elaboração de planos e estratégias de AP e SM em desastres. Para que a ajuda de fato aconteça é imprescindível “escutar, colocar-se a disposição seria a principal ação e desse modo a deliberação provavelmente seria a mais efetiva, pois seria construída conforme a demanda anunciada” (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

A sugestão delineada por Maria Luiza tem como propósito auxiliar os atores locais a elaborarem e implementarem uma estratégia participativa com o suporte das equipes externas ao território afetado, visando atuar de forma convergente com a demanda específica dos afetados, trabalhadores e gestores locais a serem cuidados.

Por sua vez, os psicólogos Rosana e Marcos, elencaram oito pontos, os quais consideram essenciais na conformação de uma estratégia. Juntos, sugeriram macro ações visando abarcar as cinco fases do desastre, isto é, ações de prevenção, mitigação, preparação, reposta e reconstrução, como é possível acompanhar abaixo:

- a. Criar um Plano Nacional e seus desdobramentos regionais de Emergência
- b. Criar um Plano Nacional e seus desdobramentos regionais Contingência
- c. Mapear e preparar ações de prevenção de maneira regionalizada
- d. Formar pessoas
- e. Treinar a sociedade / comunidades
- f. Resgatar sobreviventes e encaminhar para cuidados imediatos e por ordem de risco
- g. Mensurar riscos decorrentes e promover ações para mitigá-los (Ex: Lajes chuvas de granizo destruiu e afetou muitas famílias, uma das nossas prioridades foi levantar possibilidades de novas chuvas, riscos de desabamentos de casas e locais públicos e conseguir mais fornecedores de telhas das outras capitais junto as autoridades governamentais, pois na cidade não havia o suficiente e nos deparamos com uma gama de exploradores da tragédia);
- h. Atuar de maneira a garantir a segurança e o protagonismo dos afetados (Rosana Teresinha D'orio de Athayde Bohrer e Marco Andrey Teixeira Hermogenes, Representantes da Comissão de Desastres do CRP-DF).

As ações sugeridas por Rosana e Marco nos oferecem um panorama das possibilidades de cuidado em AP e SM a partir das diferentes ações concernentes às cinco fases de um desastre, bem como, vêm ao encontro das estratégias sugeridas pelos organismos e instituições internacionais (IASC, 2007).

Em parte, os pontos elencados por Rosana e Marco, se aproximam da campanha lançada pelo Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres - UNISDR/ONU (UNISDR, 2012). A campanha ancora-se em 10 passos essenciais que visam fomentar a resiliência local, são eles:

Passo 1: Quadro Institucional e Administrativo

Passo 2: Recursos e Financiamento

Passo 3: Avaliações de Risco e Ameaças Múltiplas – Conheça seu Risco

Passo 4: Proteção, Melhoria e Resiliência de Infraestrutura

Passo 5: Proteção de Serviços Essenciais: Educação e Saúde

Passo 6: Construção de Regulamentos e Planos de Uso e Ocupação do Solo

Passo 7: Treinamento, Educação e Sensibilização Pública

Passo 8: Proteção Ambiental e Fortalecimento dos Ecossistemas

Passo 9: Preparação, Sistemas de Alerta e Alarme, e Respostas Efetivos

Passo 10: Recuperação e Reconstrução de Comunidades (p.3)

Em seu turno, a professora universitária Gisele Fernandes apresenta-nos a necessidade de investimento em pesquisas na área, nesse sentido, aponta para a urgência de: “investir em pesquisas voltadas aos diversos setores em articulação como a saúde mental, propositivas a tecnologias e metodologias” (Gisele Manfrini Fernandes, Representante dos enfermeiros em emergências e desastres de Santa Catarina). Gisele, docente na universidade fundadora do primeiro Centro de Estudos e Pesquisas em Engenharia e Defesa Civil (CEPED-UFSC), em sua

resposta nos remete a publicação junto a Vicente et al. (no prelo) que evidencia a baixa produção técnico-científica de pesquisas voltadas para o tema da AP e SM no Brasil.

SOBREVIVENTES

Adriano, adscrito nas categorias de sobreviventes e trabalhadores, em sua resposta sugere algumas ações similares as mencionadas pela gestora Karol Veiga. Para Adriano, suas primeiras ações seriam voltadas para o planejamento da resposta, seguidos por ações de educação permanente, ações de escuta ativa, previsão de dotações orçamentárias e um plano de intervenção que inclua a mídia, como pode ser verificado a seguir:

- Criação de um plano estratégico para pensar ações durante e depois do desastre, com pessoas de referência para desencadeamento das ações;
- Criação de espaços para educação permanente com profissionais das políticas de educação, saúde e assistência social do território com as maiores probabilidades de desastres para abordagem e qualificação para atendimento às demandas que possam surgir;
- Após a tragédia, criação de espaços formais para que as pessoas tragam suas angústias vividas durante e posterior à tragédia com profissionais capacitados;
- Acompanhamento individual, familiar e comunitário (um não exclui o outro) por um período a médio prazo;
- Incluir os casos das vítimas de desastre no SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificações);
- Previsão orçamentária, e exigências para que sejam realizadas contratações de profissionais que possam realizar o cuidado e atenção psicossocial;
- Ação reflexiva para não exposição das pessoas atingidas nas mídias e redes sociais (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

A resposta de Adriano não menciona sugestões voltadas para as fases de prevenção e mitigação, entretanto, remete a pontos importantes que merecem ser destacados, como a necessidade de trabalharmos a perspectiva ética da comunicação em desastres nas redes sociais, pensando ações e intervenções que não firam a dignidade humana das populações afetadas por meio de exposições inapropriadas.

Em resposta a mesma questão, Rosângela, também sobrevivente de um desastre, sugere: “Primeiro se organizar. Procurar dentro da comunidade pessoas que têm atitude!” A fala de Rosângela, acerca da importância de identificar na própria comunidade afetada uma rede de suporte de AP e SM, que auxilie a implementar e a sustentar uma estratégia de cuidado por meio da própria rede socioafetiva, vem ao encontro das publicações do International Accounting Standards Committee (IASC, 2007), criado em 1973 por organismos profissionais de referência contemporânea na abordagem de cuidado de AP e SM junto às populações afetadas por desastres. Salientamos que tal grupo reúne uma ampla gama de especialistas das maiores e mais experientes organizações internacionais de AP e SM em situações de desastres.

PESQUISADORES

A pesquisadora Norma Valêncio, ao discorrer sobre a questão, **“Se você fosse a responsável por organizar uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil, quais seriam as suas principais ações e deliberações?”**, ressaltou a necessidade de fomentar, junto às autoridades brasileiras, a inclusão de novos atores no processo de tomada de decisões, bem como a redefinição dos papéis delineados para as equipes de proteção e defesa civil nacional, visando a conformação de uma reconfiguração da estratégia de resposta, bem como do quadro de atores vigente, como é possível acompanhar a seguir:

Sensibilizar a Casa Civil da Presidência da República para a necessidade de uma nova reestruturação de defesa civil. Com isso, no redesenho do sistema, propiciar a inclusão e

atuação de novos atores sociais no processo de discussão e deliberação de políticas, programas e ferramentas de interpretação do problema (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

O pesquisador Carlos, por sua vez, enfatizou a relevância de conformar uma política e diretrizes de SM em desastres que considere a tipologia dos desastres e, ao mesmo passo, esteja articulada junto à Rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. Como primeiras ações, Carlos afirma que:

Organizaria uma política e diretrizes de atenção em saúde mental para os desastres no país, considerando os diferentes cenários de desastres (tipo de evento e magnitude) articulado à rede de atenção básica. Isto significa não só a capacidade de mobilizar profissionais para atuarem em desastres intensivos de modo articulado com a rede existente nas áreas afetadas, mas também de ajudar a estruturar nos municípios afetados serviços capazes de darem conta das necessidades e problemas de saúde mental da população afetada (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

Alicia, em sua resposta, enfatiza a necessidade de estabelecer um planejamento antes de estruturar uma estratégia de cuidado às pessoas afetadas. Um ponto primordial de sua resposta, refere-se a importância de analisarmos o histórico dos desastres passados e, a partir das evidências, compreendermos como incorporar em nossas estratégias de cuidado ferramentas de AP e SM já utilizadas pelas comunidades afetadas em desastres anteriores. Para tanto, sugere que seja realizado um “diagnóstico do estado atual das vítimas de eventos passados, e das ferramentas utilizadas por eles para melhorar seu próprio estado depois da tragédia” (Alicia Bustillos Ardaya, Pesquisadora em Redução de Riscos de Desastres, Bonn University, Alemanha).

Por sua vez, em sua resposta Elaine esboça como seria a conformação de uma estratégia onde constasse as fases de: prevenção, preparação e resposta, aproximando-se da perspectiva da GIRD, prevista no Marco de Hyogo (UNISDR, 2005) e no Marco de Sendai (UNISDR, 2015), bem como do modelo de estratégia utilizada durante o evento crítico da Boate Kiss no ano de 2013 (Noal et al., 2016), como é possível acompanhar a seguir:

Prevenção: Mapeamento de áreas de risco; Conhecer a percepção de risco da comunidade; Mapeamento de população mais vulnerável (crianças, pessoas doentes ou com deficiências; idosos; gestantes); Mapeamento de animais de estimação e pessoa de vínculo; Plano de estratégias para fortalecimento da população no enfrentamento de crises.

Preparação: Execução de plano estratégias: educação e treinamento das comunidades para minimizar riscos e danos. Em caso de desastre, como salvar e proteger crianças, pessoas doentes ou com deficiências; idosos; gestantes e a si mesmo e animais de estimação. Oficinas, simulados, treinamentos. Sempre buscar e estimular a participação da comunidade.

Resposta: Atuação de duplas de psicólogos, durante 6h ou 8h, com período de descanso proporcional, em:

- 1) local do desastre – Duplas de psicólogos para acolhimento de sobreviventes em condições de atendimento psicossocial; acolhimento de moradores que não estavam no momento do desastre e de familiares em busca de pessoas e informações; cuidados aos profissionais de socorro; cuidados e orientações aos profissionais de mídia.
- 2) Hospitais onde são encaminhados os feridos – acompanhamento de familiares; cuidado às pessoas internadas em condições de atendimento.

3) IML – Acompanhamento de familiares que aguardam reconhecimento; Acompanhamento de familiares com confirmação da morte.

4) Serviços Funerários – Acompanhamento de familiares e orientações (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP, São Paulo).

Ao analisar as respostas dos pesquisadores, é possível identificar que a maior parte desses cita dispositivos complementares de cuidado para a conformação de estratégias de AP e SM na GIRD. Entre os dispositivos, encontramos a Educação Permanente em Saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004), a estratificação de riscos através do mapeamento das demandas em AP e SM, as ações intersetoriais a serem promovidas entre os setores envolvidos no cuidado às comunidades afetadas, a conformação de planos de contingência que incluam as ações de AP e SM e a execução de ações que tenham como base as políticas públicas nacionais.

Ressaltamos que a categoria dos pesquisadores, assim, como as demais categorias entrevistadas, também citou a inclusão de ações de articulação com a mídia, entre as ações de cuidado direto e indireto que buscam conformar uma gestão integral dos riscos e dos desastres, tais proposições nos aproximam dos Marcos Referenciais da GIRD (UNISDR, 2005, 2015) e das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009).

5.6 Refletindo Desafios na Conjuntura Atual

Na sexta e última questão individual, perguntamos aos entrevistados: **“Em sua opinião quais são os maiores desafios para a elaboração de uma estratégia nacional de gestão integral de saúde mental e atenção psicossocial em desastres?”**

GESTORES

A gestora Eliane respondeu mencionando o desafio de executarmos uma estratégia onde as ações e concepções de AP e SM estejam presentes de forma transversal no cuidado em situações de desastre, isso é, que os atores que protagonizam as ações de cuidado incluam a perspectiva da AP e SM em todo seu processo de trabalho. Nesse sentido, Eliane discorreu: “(...)

eu acho que o olhar da transversalidade nessa temática é um dos mais importantes que a gente tem que observar” (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

Em continuidade a sua resposta, Eliane apontou como outro desafio, a inclusão das especificidades territoriais, lembrando que, para tanto, é necessário mapear as demandas e vulnerabilidades loco-regionais. A gestora lembrou, ainda, do desafio em garantir a manutenção dos atendimentos de rotina da Rede Municipal de Saúde, os quais tendem a concorrer com as demandas oriundas após uma situação de desastre. Eliane complementa sua resposta sugerindo como desafio, sensibilizar os profissionais da SM e AP para a necessidade de se prepararem para situações de desastres, como é possível acompanhar na sua narrativa:

Eu acho que, na verdade, é...pra saúde em desastres, os desafios são muitos né? Não só nessa estratégia, mas essa estratégia entra também nesse rol de desafios. Primeiro na diversidade de público de atendimento que a gente tem no nosso país né. Nós temos tantos municípios, com tantas realidades diferentes, que a gente tem que ter um olhar específico. Nós temos tantos municípios que às vezes não consegue dar o atendimento que é necessário para essas populações, que elas são remanejadas para outras redes de atendimento, que tem que se ter um olhar. Então eu acho que os maiores desafios é a gente conseguir fazer esse mapeamento e essa distribuição dessas vulnerabilidades que estão presentes nos municípios, *pra* que você possa realmente ter um levantamento dessas necessidades, *pra* que numa situação de desastre você tenha condições de estabelecer um atendimento adequado. Eu acho que tem um longo trabalho e um longo desafio aí. Primeiro, você chegar praquele atendimento que já é o previsto na rede né, e conseguir identificar aquele atendimento que já é previsto na rede *pra* que ele não se perca durante uma emergência ou um desastre. O segundo é inserir esse olhar da Atenção Psicossocial e da Saúde Mental em uma situação de desastre no âmbito do atendimento de saúde. Eu

acho que esse também é um desafio, porque a gente sempre coloca como uma área que faz essa articulação, é que a gente tem que levar um olhar sobre a atuação em desastres para todos os setores que atuam na saúde. Eu tenho que levar pra Sangue e Hemoderivados um olhar de saúde em desastres e assim em atenção psicossocial e saúde mental eu tenho que levar esse olhar, e isso se refletir nos documentos, nas orientações que são estabelecidas no âmbito do Ministério da Saúde e que exista, e que...se...se distribui em toda rede de atendimento do SUS né, eu acho que esses são os desafios bem importantes que a gente vem trabalhando (Eliane Lima e Silva, Coordenadora Nacional do VIGIDESASTRES).

Numa perspectiva similar à narrativa de Eliane, Mauro acredita que os maiores desafios se encontram na diversidade de atores em atuação no campo da saúde, bem como na desarticulação entre os programas de saúde existentes. O gestor, identifica também como um desafio a incorporação dos temas saúde mental e atenção psicossocial junto ao processo de trabalho das equipes de saúde como um todo, como é possível acompanhar abaixo:

É, eu acho que começa primeiro pela que a saúde é muito diversa, tem muitos programas né? Então integrar os programas e eles se articularem nas próprias políticas de atenção, porque como eu tava te falando antes, pelo o que eu aprendi da questão de saúde mental, não precisa ser a área da Saúde Mental que vai fazer a ação, é uma área, qualquer um pode fazer aquela ação de dar vazão às demandas da população, pelo menos em determinado ponto, determinado grau assim mais comum né, que seria aquele acolhimento né, pelo o que eu aprendi assim disso né. (...) eu acho talvez os maiores desafios né, a articulação intersetorial, e admitir que isso aí é um problema né, e se achar capaz de também dar a... que tenha perna pra isso, que na verdade não é, pelo que eu vi não precisa de muita coisa né. Então a gente nota também que existe muita precarização

do serviço em alguns locais né, então a própria valorização dos serviços públicos né, de não ser privatizado, todas as ações são, que ocorrem dentro de uma comunidade né(...)
(Mauro Kotlhar, Coordenador estadual do VIGIDESASTRES, Rio Grande do Sul).

Já para Silvia o único desafio diz respeito a determinação que os atores, particularmente os gestores, devem ter para organizar um plano de AP e SM em desastres e sustentá-lo:

Considero que el único reto es tener la determinación de organizar un plan y sostenerlo en el tiempo, en mi experiencia personal, hace diez años atrás teníamos que ofrecer nuestra colaboración, hoy nos llaman en cuanto acontece una emergencia compleja o un desastre, tanto para intervenir con la población directamente afectada como con los integrantes de los equipos de respuesta. Solicitan nuestras capacitaciones, nuestra supervisión, nuestras intervenciones. Se requiere que el Equipo motor esté fuertemente consolidado, altamente entrenado, en las situaciones críticas se puede ayudar mucho si se hace lo correcto o hacer mucho daño, recordemos que son momentos privilegiados para intervenir, pero de alta vulnerabilidad. Es una tarea evangelizadora, en el punto en el que los gestores necesitan reconocer la importancia de tener un plan, y la población incorporar la dimensión de la prevención en Salud mental (Silvia Bentolila, MINSAL- Argentina).

De forma muito próxima à percepção da colega gestora Silvia, Milena também entende como o maior desafio a própria categoria de gestores. Milena destaca como desafio a conscientização dos colegas para o eixo da prevenção, como é possível identificar na sua narrativa:

O maior desafio é a conscientização de gestores para o investimento em programas de prevenção, uma vez que só se atentam para a importância deste trabalho depois de algum incidente e quando se discute o assunto, a maior ênfase é em cuidados clínicos em

detrimento à atenção psicossocial (Milena Nunes de Almeida, Secretária Estadual de Saúde-Goiás).

Por sua vez, a gestora Karol, aponta que os desafios se encontram na ausência de uma cultura nacional de gestão de riscos e de desastres, bem como na dificuldade de garantir um orçamento voltado para a temática, somado ao grande desafio de assegurar que a mídia brasileira desempenhe seu papel com responsabilidade social junto à população afetada. Em consonância com as prerrogativas de Pedersen et al. (2012), a Gestora complementou apontando para o desafio de não medicalizar indiscriminadamente o sofrimento oriundo de um desastre, como é possível acompanhar abaixo:

Acredito que um dos desafios é a falta de cultura de trabalhar este tema, tanto na sociedade, quanto nas formações da área da saúde. Garantir orçamento dentro da saúde para desenvolver processos de educação permanente para os trabalhadores da rede com este enfoque. (...) outro desafio é o papel da mídia durante este tipo de evento. Garantir a liberdade de imprensa não pode ser sinónimo de instalar o caos em nome da informação. No campo específico da saúde mental, não medicalizar a dor. Dar espaço, na verdade garantir espaço para a palavra, para a manifestação, sem tentar calar o sofrimento com medicação (Karol Veiga, Ex-coordenadora de Saúde Mental, Rio Grande do Sul).

A partir da análise das respostas dos gestores, é possível perceber que para essa categoria o maior desafio consiste na sensibilização dos próprios colegas gestores para a mudança do paradigma imediatista de apenas responder aos desastres e passar a pensar a AP e SM por meio da perspectiva da GIRD. Para os entrevistados, outro grande desafio encontrado é conformar uma mudança cultural nacional que fomente a Gestão Integral de Riscos e de Desastres no Brasil.

TRABALHADORES

Em resposta à última questão, a psicóloga Maria Luiza identifica como desafio a conformação de diretrizes padronizadas para as diferentes tipologias de desastres. A psicóloga reforça que outro desafio significativo é a implementação de estratégias que contemplem a integralidade do cuidado nas ações das equipes de saúde. Nas palavras de Maria Luiza, os maiores desafios consistem em:

Elaborar estratégias de gestão integral e atenção psicossocial, se torna um desafio, pois é muito difícil organizar diretrizes genéricas de cuidado, pois ha uma diversidade da incidência de desastres e de afetamentos em função deles. Outra questão de dificuldade que podemos pensar está relacionado nas pessoas executa-las, no sentido de fazer um trabalho que vise a integralidade do cuidado, pois expertises para monta-las existe, porém efetivá-la é o maior desafio (Maria Luiza Leal Pacheco, psicóloga da Prefeitura Municipal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

Já os psicólogos Rosana e Marco acreditam que o desafio maior está em articular as equipes com formações e objetivos díspares que se propõe a atuar em desastres. A dupla aponta ainda para o desafio de elaborar políticas públicas e educacionais voltadas para o tema, bem como, sinalizam para o desafio de produzir materiais que auxiliem na prevenção, proteção, resposta e recuperação desses eventos, como é possível acompanhar a seguir:

A experiência tem mostrado que, quanto maior a dimensão dos impactos e, conseqüentemente, maior o número de atores que atuam na resposta e na recuperação, maior podem ser as lacunas e as dificuldades de alinhamento entre as equipes. Neste sentido, parece-me faltar políticas públicas e educacionais, bem como protocolos para a prevenção, proteção, resposta e recuperação desse tipo de crise (Rosana Teresinha D'orio

de Athayde Bohrer e Marco Andrey Teixeira Hermogenes, Representantes da Comissão de Desastres do CRP-DF).

Na análise da psicóloga Eliana, existem sete desafios, os quais perpassam a ausência de conhecimento voltado para a temática, a dificuldade no trabalho em equipe, o desconhecimento das políticas públicas pelos trabalhadores que deveriam executá-las, a ausência de processo de formação em AP e SM na GIRD, a demanda por um perfil de liderança qualificada tecnicamente e, por fim, o investimento na infraestrutura como estratégia de prevenção. A seguir é possível acompanhar na íntegra a descrição de Eliana:

- 1- Falta de conhecimento
- 2- Falta de humildade nas linhas de comandos/decisores
- 3- Dificuldade de trabalhar com equipes multidisciplinares
- 4- A Política não está clara para quem trabalha na ponta
- 5- Falta de treinamento prévio
- 6- Faltam lideranças seguras e empoderadas para o gerenciamento da crise.
- 7- Investimento em infraestrutura como estratégia de prevenção (Eliana Torga, representante da CNPGIRD-CFP).

Por sua vez, o psicólogo Olavo ressalta que os maiores desafios para elaboração de uma estratégia nacional de saúde mental e atenção psicossocial em desastres encontram-se nos problemas já existentes nas redes dos sistemas e serviços públicos, em particular aqueles concernentes ao Sistema Nacional de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Segurança Pública (SUSP), como é possível acompanhar no relato : “(...) são os inúmeros problemas na rede de serviços do SUS, SUAS e Segurança Pública, aliado ao fato da pouca importância que em geral o poder público ainda dá às questões de saúde mental” (Olavo Sant Anna Filho, Escola Paulista de Psicodrama, São Paulo).

A docente Gisele, em sua resposta, remarca que os desafios estão relacionados a falta de sensibilização e capacitação do setor saúde para a temática da atenção psicossocial em desastres, bem como à necessidade de inserir a AP e SM na GIRD como um dos eixos das políticas públicas:

Primeiramente a sensibilização do setor saúde para a temática, tendo em vista que ainda vemos maior mobilização dos serviços preparados para o Atendimento em Emergências. Aliar a temática como eixo das políticas de saúde pública e saúde mental, o que evidencia ou torna visível o compromisso de todo o setor da saúde e, de certa forma, amplia o olhar sobre o território e as necessidades da população. Capacitações em saúde mental que agreguem a atenção psicossocial em desastres (Gisele Cristina Manfrini Fernandes, representante dos enfermeiros em emergências e desastres, Santa Catarina).

Carlos Felipe, entretanto, acredita que o grande desafio consiste em garantir que os projetos de implantação de grandes construtoras, seja avaliado de forma ética e profissional, levando em conta as demandas das comunidades que vivem nesses territórios:

Um desafio seria lutar contra as grandes empresas que compram qualquer governo hoje em dia, grande exemplo é em Minas Gerais que ocorreu esse desastre agora sendo que existe de 5 a 10 mineradoras na mesma situação no mesmo estado de Minas Gerais com o mesmo problema dessa que veio a ocorrer agora na cidade de Mariana [referindo-se ao rompimento da barragem de Fundão, localizada no subdistrito de Bento Rodrigues, próximo ao município de Mariana, Minas Gerais, na tarde de 5 de novembro de 2015] e demais municípios, sendo que essa catástrofe poderia ocorrer a muitos anos atrás. Grandes construtoras, e o governo que aprova quaisquer projetos sem pensar no futuro e na segurança da população (Carlos Felipe Balthazar, bombeiro com experiência em desastres, Distrito Federal).

Em análise às respostas dos trabalhadores entrevistados, é possível observar que os maiores desafios para essa categoria, encontram-se na ausência de um trabalho de sensibilização e de formação específica na área de AP e SM em desastres para os próprios colegas trabalhadores, bem como na dificuldade em elaborar uma estratégia que contemple as idiossincrasias loco-regionais e as distintas tipologias de desastres. Nestes termos, entendemos que as considerações se assemelham àquelas descritas pelas categorias que os antecederam.

SOBREVIVENTES

Quando questionado sobre quais seriam os desafios para a elaboração de uma estratégia de SM e AP em desastres, Adriano destacou a ética na política, a articulação entre as políticas das três esferas de governo, a ausência de provisão orçamentária para as ações de AP e SM em desastres, a lacuna na qualificação dos profissionais que atuam nos desastres e o diálogo com os movimentos sociais, como é possível acompanhar na descrição abaixo:

- Que as ações sejam estratégias de governo e não somente de partido;
- Articulação das políticas públicas locais, regionais e nacionais.
- Falta de financiamento;
- Falta de qualificação de profissionais para atendimento da temática;
- Diálogo com os movimentos sociais que atuam nas determinadas áreas correspondentes (Adriano Rodrigues Biajone, Sobrevivente e Voluntário).

Rosângela, por sua vez, entende que o desafio maior está na capacidade de organização entre os membros das comunidades afetadas: “Se organizar, dentro de uma comunidade” (Rosângela Gravina, Artesã, sobrevivente).

Ambos os entrevistados dessa categoria destacaram a organização comunitária como um desafio a ser superado para a elaboração de uma estratégia de AP e SM em desastres. Tal desafio apontado pelos sobreviventes corrobora com a dificuldade de encontrar organizações

comunitárias ou coletivos organizados que representassem as comunidades afetadas para realizarmos as entrevistas nessa pesquisa.

Ressaltamos que, durante a fase de preparação para as entrevistas dessa pesquisa, solicitamos indicações de sobreviventes aos trabalhadores, pesquisadores e gestores entrevistados, além de solicitarmos às instituições e organizações que atuam no Brasil, em situações de desastres, e, ainda assim, tivemos muita dificuldade em encontrar pessoas que representassem a população afetada por desastres, ou fossem reconhecidas como tal.

Outro ponto registrado por Adriano foi o desafio de estabelecer diálogo com os movimentos sociais, elemento este que corrobora com a dificuldade de estruturar um processo reivindicatório visto que não encontramos movimentos sociais para efetuar o controle social nesse tema. É interessante perceber que embora os sistemas públicos de saúde, assistência social, proteção e defesa civil prevejam em suas políticas espaços para exercer o controle social, ainda assim, percebemos uma grande lacuna na ocupação desses espaços pelos representantes das comunidades afetadas por desastres.

Registramos aqui, que nos estados brasileiros, onde acompanhamos a mobilização comunitária nacional como membro de organizações internacionais (MSF e PNUD) ou como consultora do Ministério da Saúde (MS), na última década, em apenas um desses estados identificamos estratégias de AP ou SM em que houvesse a presença da comunidade nas fases de prevenção, mitigação ou preparação para desastres, isto, é nas fases que antecederam as situações de desastre (Brito, Passuello, Giazzon, Korzenowski, Araujo, Alves, Pauletti, Silva Filho, 2014; Noal & Stenen, 2013). É importante reforçar que mesmo naquelas comunidades onde haviam históricos recorrentes de desastres, dificilmente encontramos grupos organizados que representassem a população afetada.

PESQUISADORES

Para a pesquisadora Kimberly, o maior desafio encontra-se na percepção equivocada a respeito das questões concernentes a SM e AP. De acordo com a pesquisadora, como as questões relacionadas a esta temática não tem a mesma visibilidade que as questões corporais, muitas vezes acredita-se que as pessoas afetadas não sofrem um impacto real e findam por ignorá-los, nesse sentido, a percepção do impacto atrelado ao sofrimento não é mensurada, de acordo com Kimberly, como é possível acompanhar abaixo:

Eu diria que o maior problema é que o físico é observável e não há nenhuma percepção de que a pessoa mesma seja a culpada por seus problemas físicos. As vezes penso que as pessoas acreditam que os problemas psicossociais não são verdadeiros impactos. Pensam que a pessoa deveria ser mais forte. Temos a percepção que não é algo que necessitamos oferecer um suporte. Se pudermos tratar da mesma forma os impactos físicos dos psicossociais, poderíamos tratá-los (Kimberley Shoaf, Pesquisadora, University of Utah).

Em uma análise crítica afiada, a socióloga Norma contesta a pergunta dizendo que o desafio consiste na implementação de uma estratégia e não na sua elaboração. Na sequência Norma deixa algumas pistas de como operacionalizar essa implementação:

Elaborar, a meu ver, não seria algo muito difícil; o difícil é torná-la visível e aplicada. Um caminho, por exemplo, seria uma articulação via Sistema Conselhos de Psicologia e, também, de Serviço Social (CFP e CFESS) e ABRASCO e destes com as lideranças comunitárias de comunidades afetadas em grandes tragédias (para trazer a referência do sofrimento social vivido e do saber empírico), organizações da sociedade civil (como MSF, Cáritas Brasileira, Cruz Vermelha) e, ainda, com a SDH, o MS (como avanço de suas políticas e programas). O desafio seria congregá-los em torno da necessidade de uma

autêntica mudança de paradigma, considerando a necessidade social e histórica de superação do discurso oficial de defesa civil respaldado na teoria dos “desastres naturais” (é a teoria dominante, a dos *harzards*, que serve ao propósito de simplificar o social para reforçar a valorização do tecnicismo) (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Em complemento a sua resposta, Norma acrescenta o desafio de estabelecer uma mudança de paradigma no cuidado aos afetados, especificamente no que concerne a percepção equivocada de profissionais que, segundo a socióloga, trabalham de forma acrítica ao processo, estimulando a permanência das desigualdades sociais:

Outro desafio seria o de enfrentar com clareza a tendência dos profissionais (de psi, de serv. social e afins) em se aferrarem à sua posição de origem de classe social para, desde as mesmas, adotarem uma abordagem duplamente perversa, socialmente alienada e estigmatizante: “se o desastre foi natural, a culpa é da chuva”; se o afetado for de classe média “vamos apoiá-lo para fortalecê-lo na sua luta por seus direitos/indenizações/compensações” e, se for pobre, “vamos sobrecarregá-lo com culpas pela sua falta de percepção de risco e aconselhá-lo a se ajustar/conformar às condições insuficientes de reabilitação dados pelo ente público (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Da mesma forma que a entrevistada Maria Luiza, a socióloga Norma aponta para o desafio de incluir em uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres as especificidades socioculturais dos múltiplos povos do Brasil. Pela primeira vez nessa pesquisa um(a) entrevistado(a) sugere a inclusão de atores como: Antropólogos e Sociólogos, para auxiliar na elaboração de estratégias compatíveis com as idiosincrasias loco-regionais, evidenciando, mais uma vez, o caráter complexo da elaboração de uma estratégia de AP e SM condizente com a demanda concernente a este tema: “recomendações consistentes precisariam abranger as

especificidades socioculturais dos múltiplos povos do Brasil, o que envolve diálogo com as Associações de Antropologia e Sociologia” (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Em continuidade a sua resposta, Norma, aponta para o desafio de articular os ministérios do Desenvolvimento Social e Integração Nacional no fomento da mudança de paradigma no processo de cuidado, para que seja possível, segundo a pesquisadora, uma proteção civil que não reforce um modelo de cuidado revitimizador e assistencialista. A seguir é possível visualizar a íntegra dessa narrativa:

Um derradeiro desafio seria congregar o MDS (Ministério do Desenvolvimento Social) e o MI (Ministério da Integração Nacional) nessa tarefa efetiva de mudança de mentalidade para uma autêntica proteção civil (onde a atenção psicossocial tenha o devido valor), porque estão mecanicamente aferrados a práticas complementares que, lamentavelmente, no plano prático, resultam/reforçam a revitimização e o assistencialismo (Norma Valêncio, NEPED-UFSCAR).

Para o pesquisador Carlos, um dos grandes desafios para o processo de elaboração de estratégias encontra-se na inexistência de dados, bem como na ausência de um histórico de AP e SM em desastres que permita construirmos uma estratégia baseada nas necessidades nacionais e no monitoramento dos resultados compilados a partir dessa demanda. Abaixo é possível acompanhar a resposta do pesquisador:

Envolve uma política articulada intrasetorialmente (desde a vigilância – não sabemos e não temos ideia dos impactos da saúde mental das populações afetadas por desastres como os da Região Serrana (2011), Pernambuco/Alagoas (2010) ou mesmo Santa Catarina (2008). Como pode-se estruturar uma política de saúde mental para desastres se sequer temos ações de vigilância em saúde mental para os mesmos? Ou seja, sem dados

e informações continuaremos tateando no escuro, tendo como referência estudos realizados para outras realidades diferentes da nossa (Carlos Machado de Freitas, CEPEDS-FIOCRUZ).

Por sua vez, as pesquisadoras Dafne e Alicia, assim como Maria Luiza e Norma, entrevistadas nas categorias: trabalhadores e pesquisadores, respectivamente, alertam para o desafio de conformarmos uma estratégia nacional de AP e SM que inclua a tipologia dos desastres e as idiosincrasias loco-regionais, isto é, apontam para o risco de implementarmos uma estratégia que não considere as especificidades loco-regionais do Brasil. Em suas repostas, Dafne e Alicia discorrem:

(...) uma estratégia nacional, embora necessária pode ser perigosa, no sentido de não levar em conta as diversas diferenças que temos em nosso país. Diferentes tipos de ameaças, diferentes vulnerabilidades, diferentes riscos, diferentes interesses, diferentes recursos e populações, que devem ser levados em conta na elaboração de uma estratégia de gestão integral de riscos. Acredito que essa diversidade seja um desafio no âmbito nacional (Dafne Rosane Oliveira, USP, São Paulo).

Inclusión de casos específicos (minoritarios) em la estrategia, o fomento dos usos de estas estrategias e monitoramento dos resultados (Alicia Bustillos Ardaya, Pesquisadora em Redução de Riscos de Desastres, Bonn University, Alemanha).

Em sua resposta, a entrevistada Diane reforça os posicionamentos das colegas entrevistadas Dafne e Alicia, no que concerne a necessidade de contemplar as diversidades culturais de cada território afetado, e indica que o desafio se estabelece na “diversidade de espaços e estrutura de apoio no território nacional para a padronização da estratégia. É necessário organização e conhecimento específico de região para a organização de um plano com

abrangência nacional, agregando as diversidades em cada região/Estado do país” (Diane Maria Scherer Kuhn Lago, Docente, UnB).

Dando continuidade, Diane converge com a resposta da pesquisadora Elaine, ambas apontam a necessidade de formação dos profissionais como um dos grandes desafios a serem superados na conformação de uma estratégia nacional, como é possível acompanhar a seguir: “(...) outro desafio compreende a formação dos profissionais envolvidos com práticas de simulação realística, dentre outras (Diane Maria Scherer Kuhn Lago, Docente, UnB)” e “Preparar profissionais de saúde mental do SUS e voluntários(...)”. Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP, São Paulo”

Na resposta de Elaine, a psicóloga reitera, ainda, que o desafio está no eixo da preparação para a resposta, particularmente no que concerne a necessidade de preparação dos serviços públicos de saúde mental e da consolidação de políticas públicas efetivas para o tema da AP e SM em desastres: “Fortalecer serviços públicos de saúde mental para identificação, acolhimento e manejo dos efeitos psicossociais dos desastres. Política Pública efetiva” (Elaine Gomes dos Reis Alves, CRP, São Paulo).

Na categoria dos pesquisadores, é possível perceber uma ampla gama de desafios levantados, como a contemplação das idiosincrasias loco-regionais, a formação dos profissionais de saúde e dos atores que trabalham no campo dos desastres, a percepção do impacto da AP e SM na população afetada, a necessidade de mudança de paradigma no cuidado dos profissionais de saúde que trabalham com AP e SM, o desafio de consolidar e utilizar os dados registrados nessa área, a implementação de uma estratégia conformada, tendo em vista a organização atual dos nossos sistemas político-partidários nacionais.

No que concerne a análise geral dos resultados, é possível perceber que as respostas dos entrevistados de cada uma das categorias de análise dessa tese, em sua ampla maioria são complementares e convergentes com um modelo de AP e SM na GIRD. É possível inferir ainda

que tais respostas contemplam princípios básicos de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, como a equidade, universalidade e integralidade.

A partir das respostas dos entrevistados, é possível apreender, também, pistas para a análise e elaboração de diretrizes, estratégias e ações nacionais de AP e SM na GIRD. Em linhas gerais chamou nossa atenção o fato de que em nenhuma das categorias de análise o controle social dos sistemas públicos de Saúde, Desenvolvimento Social, Proteção e Defesa Civil e Educação foi nominalmente citado, embora muitos entrevistados tenham citado a imprescindibilidade dos sistemas públicos brasileiros para a elaboração e implementação de estratégias, diretrizes e ações de AP e SM na GIRD.

Um dos resultados que acreditamos merecer destaque nas categorias analisadas diz respeito a inclusão da mídia como ponto relevante a ser considerado nas ações e estratégias de SM e AP na GIRD, visto o potencial de impacto e consequências que tal dispositivo desencadeia nas populações afetadas. A inclusão e análise de indicadores de AP e SM em sistemas e bases de dados em situações de desastres, também apareceu como um dos resultados recorrentes e consensuais entre a maior parte dos entrevistados.

Outro ponto que acreditamos merecer destaque está relacionado ao fato de que ao serem questionados sobre os desafios postos para a implementação de estratégias de AP e SM na GIRD, a maior parte dos entrevistados mencionou que o desafio encontra-se na sensibilização e implicação dos atores da própria categoria de análise, trazendo um viés de autoresponsabilização e implicação com o processo de mudança do paradigma vigente.

Na próxima etapa dessa pesquisa, abordaremos os resultados, discussões e análises oriundas dos grupos focais.

ETAPA 2: GRUPOS FOCALIS

Resultados e Discussão dos Materiais Produzidos Pelos Grupos Focais:

A fim de analisar os resultados produzidos pelos grupos focais, foram compiladas em um único documento digital todas as produções que haviam sido registradas pelas relatoras, moderadoras e observadoras dos três grupos focais realizados durante o I Simpósio Internacional de Gestão Integral de Riscos e de Desastres. As respostas foram analisadas tendo como base os seguintes objetivos propostos para estes grupos:

- Discutir e propor um modelo que aponte **Princípios e Diretrizes** para elaboração de uma estratégia nacional que contemple as idiossincrasias das cinco regiões do país
- Levar em conta na discussão da saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de Desastres os eixos de: **prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação**

Como primeiro passo para realizar as atividades dos grupos focais, os participantes foram divididos em subgrupos de até 10 participantes cada e, na sequência, receberam um documento contendo a compilação das respostas produzidas individualmente pelos entrevistados da primeira fase desta pesquisa, contendo as respostas das seguintes perguntas:

1. O que é pra você saúde mental e atenção psicossocial em desastres?
2. Em sua opinião quais seriam as diretrizes orientadoras de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil?
3. Em sua opinião quais são os atores centrais da organização de um desastre no Brasil?

4. Se você fosse o responsável por organizar uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil, quais seriam as suas principais ações e deliberações?

A partir das respostas das entrevistas individuais, os participantes dos grupos foram convidados a refletir, trocar informações e debater nos subgrupos possibilidades de resposta conjunta à questão: **“O que é Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Gestão Integral de Riscos de Desastres?”**.

5.7 Questão 1 – Concepções

Na sequência, foram estimulados a apresentar suas produções nos grupos maiores (composto por 50 participantes cada), para a partir destes negociarem as respostas que seriam apresentadas no grande grupo (composto pelos 170 participantes). Para fins didáticos, estratificamos a análise das respostas a partir das letras que identificavam cada um dos grupos (A, B e C).

Grupo A

Tendo como base as sugestões, trocas, negociações e arranjos conformados pelos membros do grupo, os participantes do grupo A acordaram a resposta para a questão da seguinte forma:

Saúde mental e atenção psicossocial são campos complementares e necessários. Entendemos que ambos englobam a relação das pessoas com a comunidade, com o acesso à cidadania, garantia de direito, fortalecimento da rede de apoio e proteção visando o empoderamento, protagonismo e autonomia da comunidade envolvida, fatores que influenciam diretamente na promoção da saúde integral da população em risco.

A resposta redigida pelo grupo A não apresenta uma definição específica para cada um dos conceitos apresentados, entretanto, deixa pistas a respeito das similaridades e correlações que podem ser estabelecidas entre estes. Em sua resposta, o grupo aborda os conceitos não como sinônimos, e remete para o caráter complementar destes, entendendo que ambos abarcam distintos campos de atuação. Para o grupo, ambos os conceitos visam oferecer subsídios que auxiliem na promoção e autonomia das comunidades afetadas.

As produções e sugestões do grupo A aproximam-se das orientações e considerações sugeridas para a abordagem e manejo dos profissionais de saúde em situações de desastres, publicadas pelo grupo de especialistas em ajuda humanitária internacional, IASC (2007) e MSF (2011), bem como as orientações da Organização Mundial da Saúde para eventos dessa natureza (OMS, 2010).

Percebemos ainda a influência do Marco de Hyogo (UNISDR, 2005) e do Marco de Sendai (UNISDR, 2015) nas trocas verbais que desencadearam a arquitetura da construção conceitual do grupo. Ambos foram utilizados como base para as discussões por se tratarem de documentos que incentivam o investindo comunitário como dispositivo para minimização de desastres e recuperação das perdas e danos atendendo e abordando ainda as questões concernentes a vulnerabilidade econômica e social (Weintraub et al., 2015). Ressaltamos, entretanto, que embora tenham sido utilizados como base, não foi realizado um registro escrito pelo grupo o qual estabelecesse diretamente a relação dos conceitos com a perspectiva da GIRD.

Grupo B

O grupo B, por sua vez, descreve que:

Compreender a saúde mental e atenção psicossocial em gestão integral de riscos de desastres envolve refletir sobre a atenção e cuidado com a subjetividade dos afetados pelos desastres, observando ações de prevenção e promoção de saúde, e um cuidado

longitudinal envolvendo os diversos atores. As ações devem fomentar bem-estar psicossocial, enfrentamento individual e coletivo, priorizando uma escuta e acolhimento que contribuam para o reconhecimento das necessidades e o planejamento do cuidado. Ressalta-se a necessidade do estabelecimento do vínculo entre equipes e comunidade, favorecendo a autonomia, oferecendo suporte para fortalecimento da rede intrasetorial (serviços de saúde) e intersetorial (educação, moradia, trabalho, renda, segurança, cultura, etc) de forma integral e articulada, promovendo o exercício participativo e a cultura do protagonismo, validando manifestações e iniciativas comunitárias. Observa-se a importância de dar foco às ações preventivas, tanto no que diz respeito à capacitação dos profissionais da rede (nos diversos níveis de complexidade), quanto o envolvimento da população na conscientização sobre meio ambiente, informação e orientação sobre a realidade atual e riscos e envolvê-los também na promoção de saúde. Compreende-se como fundamental a noção de cuidado integral, onde saúde mental esteja contemplada nesta noção. Saúde mental como um conceito transversal em vários setores e trabalhada no território. Considerando as políticas públicas existentes, o fortalecimento e adequação das mesmas.

No grupo B, percebemos que as discussões perpassam a perspectiva da Gestão Integral de Riscos e de Desastres, em grande parte influenciada pelo Marco de Sendai (UNISDR, 2015). É possível identificar, nessa resposta, as ações de prevenção e promoção da saúde, e a noção de cuidado transversal, isto é, o cuidado de AP e SM atravessando todo o processo de trabalho dos profissionais que atuam no campo dos desastres, entre eles os profissionais da Rede SUS, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede de Atenção Básica (RAB), bem como os profissionais do SUAS e SINPDEC.

O grupo fomentou ainda discussões acerca da necessidade de priorizar “uma escuta e acolhimento que contribuam para o reconhecimento das necessidades e o planejamento do

cuidado” (Grupo B), tal perspectiva assemelha-se as recomendações dos especialistas e membros de organizações internacionais que trabalham no campo da AP e SM em desastres, como a Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation and World Vision International e International Accounting Standards Committee, os quais indicam a escuta ativa como estratégia central de cuidado em situações de desastres (OMS, WTF & VGI, 2011; IASC, 2007). Salientamos que essa recomendação tem sido amplamente utilizada como ferramenta para a produção pragmática de cuidado em AP e SM, não apenas junto a população afetada, mas junto ao processo de cuidado dos demais atores partícipes dos desastres.

De forma similar a resposta do grupo A, o grupo B enfatizou a importância de promover a autonomia da comunidade e a cultura do protagonismo comunitário. As elaborações do grupo apontaram ainda para a necessidade de oferecer suporte de AP e SM para as redes responsáveis pelo cuidado, como é possível acompanhar no recorte a seguir: “suporte para fortalecimento da rede intrasetorial (serviços de saúde) e intersetorial (educação, moradia, trabalho, renda, segurança, cultura, etc) de forma integral e articulada” (Grupo B).

Um exemplo de suporte às “redes intrasetoriais”, poderia ser a inclusão dos voluntários e especialistas que disponibilizam parte do seu trabalho para atuar em situações de desastres junto aos serviços de saúde já existentes na rede SUS, SUAS, SINPDEC E SNE, oferecendo seus processos de trabalho a partir do serviço de acolhimento e regulação já existente, garantindo ainda a inclusão destes nos serviços de referência e contra referência.

Outro ponto que destacamos nas produções do grupo B, refere-se à ação de “capacitação dos profissionais da rede (nos diversos níveis de complexidade)” em AP e SM em desastres, que trabalham no Sistema Único de Saúde, Sistema de Proteção e Defesa Civil, Sistema Único de Desenvolvimento Social e Sistema Nacional de Educação. Tal proposta tem se mostrado imperativa, na medida em que os processos de formação para os profissionais que trabalham

nesse campo têm se mostrado escassos e descontínuos, no que se refere a oferta, particularmente àquela concernente aos temas da AP e SM na GIRD nas políticas públicas.

O grupo apontou ainda para a necessidade de desenvolver ações de sensibilização comunitária voltada para a identificação e orientação acerca de riscos e ferramentas para a promoção de saúde comunitária. Corroborando com esta demanda levantada pelo grupo, está a pesquisa de Abeldaño & Fernández (2016), que teve como objetivo investigar os modelos de cuidado utilizados em desastres, no recorte de tempo entre 1980 e 2014.

A pesquisa de Abeldaño & Fernández (2016) apontou que dentre os artigos publicados em revistas científicas e capítulos de livros, através das bases de dados: PubMed, SciELO GoogleScholar e Medline, a maioria dos documentos analisados tinham seus conteúdos direcionados aos profissionais intervenientes, e raramente os documentos analisados sugeriam a esses profissionais a participação comunitária como ferramenta fundamental (para além das recomendações dos organismos internacionais). Como conclusão, os autores sugeriram a necessidade de gerar e apoiar programas onde o empoderamento e a participação comunitária sejam eixos das intervenções psicossociais.

Outro ponto relevante discutido pelo grupo, e registrado no conceito apresentado por estes, refere-se a trabalhar a AP e SM a partir do cuidado integral, bem como da necessidade de incorporar os preceitos da SM como eixo transversal nas ações de cuidado desenvolvido no território. De forma sagaz, o grupo frisou ainda a necessidade de considerar e fortalecer as políticas públicas vigentes nas estratégias de cuidado individual e coletivo.

Lembramos ainda que na maior parte dos desastres no Brasil, os grupos, instituições e voluntários que desenvolvem ações de cuidado em AP e SM tem trabalhado de forma isolada e pontual e, na grande maioria das vezes, não integram ou interagem com os sistemas e as redes públicas vigentes, tampouco utilizam como base do cuidado a perspectiva de cuidado integral (Noal & Stienen, 2013).

Grupo C

No que concerne as produções do grupo C, a compilação das reflexões e percepções referentes a primeira questão: **“O que é Saúde Mental e Atenção Psicossocial em gestão integral de riscos de desastres?”** pode ser acompanhado abaixo:

A saúde mental e atenção psicossocial contemplam questões relativas à subjetividade e ao sofrimento psíquico, portanto, deve estar presente na gestão integral de riscos de desastres da prevenção à recuperação. Articula as ações intersetoriais e em rede, de modo a respeitar as especificidades e singularidades da população, garantindo seus direitos, cabendo a ela acolhimento e os cuidados às pessoas afetadas direta e indiretamente por desastres (tanto a população quanto os trabalhadores).

Assim como no grupo B, o grupo C relacionou os conceitos de SM e AP com a GIRD. Os membros do grupo discorreram sobre utilizar a AP e SM como eixos articuladores das ações de cuidado em desastres, particularmente as ações intersetoriais e em rede. O termo rede, para o grupo, está vinculado aos sistemas públicos, particularmente às redes dos sistemas: SUS, SUAS E SINPDEC.

O grupo reiterou que cabe ao eixo da AP e SM o acolhimento e os cuidados às pessoas afetadas, sejam esses membros da comunidade local ou dos trabalhadores que interagem nesses territórios. De acordo com o grupo, as intervenções concernentes à AP e SM devem ser empregadas de forma a garantir os direitos da população afetada. O grupo apontou ainda para necessidade de estabelecer ações de AP e SM que promovam a articulação das ações intersetoriais e em rede, de forma atenta às especificidades e singularidades da população afetada.

Frisamos que as ações sugeridas pelos três grupos são compatíveis às diretrizes operacionais da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente as citadas abaixo:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

(...) IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

(...) VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

(...) X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado (MS, 2011).

5.8 Questão 2 - Atores

Ao serem provocados a dialogar, refletir e elaborar respostas a partir da questão: “**Quais são os atores centrais da organização de um desastre no Brasil**” o grupo A respondeu listando, em sua grande maioria, atores frequentes e recorrentes nas estratégias de resposta à desastres no Brasil. Abaixo, é possível acompanhar na íntegra essa listagem:

Grupo A

Comunidade afetada, lideranças comunitárias, órgãos do sistema nacional de proteção e defesa civil; poder público nas três esferas governamentais, planejando, executando e fiscalizando as políticas públicas; voluntários, mídia e ONGs, vinculados à coordenação do plano de ação prévio elaborado pelo “comitê de emergências”; sobreviventes de outras tragédias na atuação psicossocial; entidades internacionais; outros atores envolvidos de acordo com as singularidades do território e do tipo de desastres (Grupo A).

Em análise ao perfil dos atores citados pelos membros do grupo A, percebemos que a maior parte desses atores, identificados e registrados pelo grupo, atuam frequentemente no

cenário dos desastres nacional, bem como a quase totalidade desses já foi citado durante as entrevistas individuais, como consta na primeira fase dessa pesquisa. Entretanto, pela primeira vez é citado nessa pesquisa o perfil: “sobreviventes de outras tragédias na atuação psicossocial”. Parece-nos relevante o entendimento de que os membros do grupo identificam em pessoas que já passaram por situações similares, mesmo que sob outras condições, potenciais apoiadores no suporte psicossocial e de saúde mental de comunidades afetadas por desastres num contexto recente.

De forma pioneira, os membros do grupo A, sugeriram também a inclusão de um ator “genérico”, nominado por estes de: “atores envolvidos de acordo com as singularidades do território e do tipo de desastres”. Segundo as considerações do grupo, seriam pessoas de referência para o suporte de AP e SM para as comunidades afetadas e que atuam localmente.

Grupo B

No que concerne a resposta do Grupo B à mesma questão, os participantes responderam da seguinte forma:

Os principais atores envolvidos são os afetados, e conseqüentemente, os trabalhadores que atuam nas ações de primeira resposta, como o sistema de proteção e Defesa Civil e sistema de resgate, assim como os profissionais do SUS e SUAS, a partir de suas ações articuladas e integradas.

Também figuram os gestores das três esferas de governo, e, quando houver, o sistema de coordenação de operações de emergência. Além desses, as lideranças comunitárias e religiosas, voluntários, instituições e especialistas de entidades do governo ou não governamentais. Os gestores de informação para meios de mídia e comunicação institucional e comunitária têm papéis fundamentais em desastres crônicos e súbitos.

Um ator também importante é o Ministério Público cuja atribuição principal é garantir os interesses da sociedade, em especial os direitos humanos para que sejam respeitados e atendidos. E finalizando, pensando no âmbito preventivo e de mitigação, articular as ações de educação, moradia, trabalho, cultura, agricultura, desenvolvimento social, saneamento e meio ambiente (Grupo B).

Em análise a reposta do grupo B, é possível perceber que atores como: “as lideranças comunitárias e religiosas” (Grupo B), descritos como figuras centrais, pelo grupo, em uma estratégia de AP e SM em desastres, vem ao encontro das produções e publicações dos especialistas do IASC (2007) e a presença desses atores tem sido recomendada e utilizada por organizações humanitárias internacionais reconhecidas por sua atuação, como a Médico Sem Fronteiras e Médicos do Mundo, em situações de desastres (MSF, 2011).

Outro ponto relevante descrito pelo grupo B, e que durante as entrevistas individuais também foi citado, refere-se ao ator “gestor de informação para meios de mídia e comunicação institucional e comunitária” (Grupo B). Em nossa experiência de trabalho no Brasil, percebemos que a mídia, tanto a convencional quanto a social, vêm ocupando um lugar cada vez maior no impacto de AP e SM nas comunidades afetadas, bem como tem potencializado a disseminação de informações equivocadas e prejudiciais, gerando em muitos casos a intensificação de sofrimentos e o prolongamento dos mesmos (Noal, 2013).

Acreditamos que parte do impacto negativo desencadeado pela mídia poderia ser evitado, caso as intervenções de AP e SM previssem e utilizassem essas para estabelecer um diálogo qualificado e/ou como ferramenta de divulgação e aproximação das populações afetadas.

Vale lembrar que, na tentativa de dirimir os efeitos nocivos das comunicações equivocadas, no ano de 2009 a Organização Mundial da Saúde publicou em português o guia: “Comunicação Eficaz com a Mídia durante Emergências de Saúde Pública: um manual da OMS”. Este guia aponta como um dos pontos chaves a mensagem de que para haver uma

comunicação eficaz com aqueles que estão vivenciando um desastre, é necessário que os responsáveis pela coordenação central de uma estratégia planejem suas estratégias de comunicação junto com os responsáveis pela comunicação das informações, bem como estes gestores precisam compartilhar com esses comunicadores todas as informações necessárias para cada uma das etapas de um desastre, oferecendo aos afetados, trabalhadores e gestores mensagens claras e precisas, além de disponibilizar um canal de comunicação direto com o público (OMS, 2009).

Ademais, segundo a Organização Mundial da Saúde, as estratégias de comunicação com a mídia, mesmo nos casos de desastres abruptos, podem ser planejadas antecipadamente. A elaboração prévia de estratégias de comunicação ajuda a minimizar danos e conduz a uma maior confiança. Tal planejamento antecipado também aumenta a probabilidade de que a cobertura jornalística resultante promova os interesses da estratégia de cuidado em AP e SM e contribua positivamente com os esforços nas fases de resposta e reconstrução. Mensagens bem elaboradas e corretamente transmitidas pela mídia podem informar e acalmar um público preocupado, minimizar efeitos de informações imprecisas e focar a atenção no que é mais importante (OMS, 2009).

Utilizando como parâmetro as considerações da OMS (2009), acreditamos que é possível utilizar a mídia, em todas as fases de um desastre, sendo possível, por meio desses dispositivos promover a sensibilização comunitária para o tema da AP e SM em desastres, bem como a divulgação de informações precisas e confiáveis à essa população, promovendo através desse tipo de informação parte do processo de estabilização emocional, além de estimular que pessoas afetadas busquem ajuda quando necessário. Através da mídia, é possível ainda estabelecer uma linha de cuidado virtual e de referenciamento para serviços de acolhimento e atendimento específico para as demandas que emergem de eventos dessa natureza.

Grupo C

No que concerne a resposta produzida pelas reflexões do grupo C, esses concluíram que:

Os atores principais na articulação de um desastre no Brasil são a sociedade civil em suas diferentes formas e organizações e o poder público em suas diferentes esferas federativas e de setores de atuação coordenados pelas áreas setoriais da defesa civil, saúde e assistência social de referência.

Os papéis e responsabilidades devem ser compartilhados a partir do contexto (de risco) e também dos direitos e deveres já constituídos pelo estado. Junto a isso, a importância da formação de um coletivo gestor que integre esses diferentes atores estratégicos que definirão a rede de apoio reconhecendo a diversidade/complexidade da situação garantindo o exercício da cidadania e dos direitos humanos. Nessa direção, a saúde mental e a atenção psicossocial despontam como fatores transversais envolvendo todas as políticas sociais (Grupo C).

Em análise a essa resposta é possível perceber que todos os atores descritos pelo grupo C são figuras recorrentes nos cenários dos desastres. Frisamos ainda que a totalidade dos atores descritos já foram citados nas entrevistas individuais e/ou nas respostas dos grupos A e B.

Vale enfatizar, que assim como no grupo B, os participantes do grupo C se referiram a necessidade de inserir a temática da AP e SM como fatores transversais do cuidado através das políticas sociais, visto que as configurações atuais das políticas brasileiras não contemplam tais premissas, tampouco referem em seus protocolos e guias de cuidado, estratégias ou ações específicas para situações de desastres.

5.9 Questão 3 - Propondo princípios e diretrizes

O terceiro ponto de reflexão e trocas foi circunscrito a partir da proposta: **“Discutir e propor um draft que aponte Princípios e Diretrizes para elaboração de uma estratégia nacional que contemple as idiossincrasias das 5 regiões do país, considerando na discussão a saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de Desastres: prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação”**.

Grupo A

Após intensos debates e discussões tendo como base as experiências pessoais de cada um dos membros do grupo, os participantes do grupo A estratificaram da seguinte forma sua proposta:

(1) Diretrizes

O foco deve ser na saúde e não exclusivamente na doença, pautada em uma perspectiva de direitos e do protagonismo do indivíduo e da comunidade afetada. A saúde mental e a atenção psicossocial na Gestão Integral de Riscos e de Desastres compõem uma abordagem e plataforma de intervenções. Como abordagem, um conjunto de saberes essenciais de saúde mental e atenção psicossocial relevante a todos os setores e aos diferentes atores envolvidos na gestão integral de riscos e desastres. O trabalho deve ser articulado em redes tendo como norteadores políticas públicas; valorização do conhecimento local.

(2) Ações

- Mapeamento no Brasil de quem está fazendo o que, aonde e quando?
- Criação de Fóruns de reflexão de debate.

- Produzir registros das articulações e produtos implementados em um contexto de desastre, preservando a história.
- Avaliar particularidades do território, a nível nacional, estadual e municipal; mapeando os riscos e avaliando o histórico de ocorrências, bem como seus recursos.
- Elaboração e implementação de programa de educação permanente sobre situações de emergências, riscos e desastres, direcionando aos atores envolvidos incluindo a população em geral.
- Integrar a saúde mental, dimensão psicossocial aos sistemas de redução de riscos e de desastres.
- Otimizar o registro de ocorrências para permitir o desenvolvimento e planejamento de pesquisas e ações.
- Integrar de forma transversal a atenção psicossocial aos sistemas e políticas nacionais existentes.

Em análise às proposições do Grupo A, é possível perceber que um dos pontos centrais da proposta é a identificação da necessidade de produzir articulação entre as redes, além de utilizar como norteadores as políticas públicas e o conhecimento local, na conformação de estratégias de AP e SM em desastres.

Outro ponto importante de análise, é o paradigma estabelecido pelo grupo sobre o processo saúde-doença. Os participantes do grupo sugerem investir no processo de promoção da saúde, trabalhando com o processo de autonomia e de reconhecimento de direitos das pessoas afetadas. Tal ponto é muito significativo, tendo em vista que a maior parte das ações e intervenções em desastres realizadas em AP e SM tem sido majoritariamente direcionadas para as fases de resposta e reconstrução, bem como geralmente são voltadas para o atendimento clínico individual ou grupal.

Vale ressaltar que os tópicos sugeridos pelos membros do grupo vêm ao encontro das estratégias internacionais recomendadas (MSF, 2011; OMS, 2015), bem como são coerentes com as proposições da Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, a qual “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” (MS, 2011)”.

No que concerne a análise das ações propostas, destacamos aquelas que se referem à fase de preparação, especialmente as que se referem ao mapeamento e avaliação pré-desastres como podemos perceber nos tópicos: “Mapeamento no Brasil de quem está fazendo o que, aonde e quando” e “Avaliar particularidades do território, a nível nacional, estadual e municipal; mapeando os riscos e avaliando o histórico de ocorrências, bem como seus recursos”. Assim como foi apontado por pesquisadores entrevistados na primeira fase dessa pesquisa, entre eles o pesquisador Carlos de Freitas, é fundamental produzir e analisar os dados, para a partir deles estabelecermos estratégias e protocolos embasados na conjuntura a qual nos propomos a trabalhar.

Cabe lembrar que na atual conjuntura, o Brasil não possui sistemas de informações, tampouco uma análise histórica, que contemplem informações de AP e SM em desastres no país. Ressaltamos que no campo da AP e SM em desastres, as poucas produções teórico-científicas, circunscrevem-se, em sua grande maioria, após os desastres de 2008, ocorrido no estado de Santa Catarina (Noal & Stenen, 2013; Noal et al., 2016).

Referente a produção de dados conformados a partir de desastres, lembramos que no ano de 2012 foi publicado pela primeira vez uma análise histórica dos desastres, pesquisa feita no recorte de tempo entre 1991 e 2010 (CEPED, 2013), que embora não tenha englobado indicadores de AP e SM, configura-se como um marco na compilação de dados sobre desastres por região no país.

Em continuidade a produção de informações histórica desses eventos, foi lançada uma análise parcial de desastres, direcionada especificamente aos desastres hidrológicos, através de um Boletim Epidemiológico editado pelo Ministério da Saúde Brasileiro, intitulado: “Desastres naturais e saúde: análise do cenário de eventos hidrológicos no Brasil e seus potenciais impactos sobre o Sistema Único de Saúde” (MS, 2018).

Em consonância com as proposições do grupo A, o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, teve como objetivo “identificar o cenário de ocorrência de desastres hidrológicos no Brasil, bem como seus potenciais impactos sobre a saúde, além de apontar algumas recomendações para a adoção de medidas de preparação e resposta à emergência em saúde pública nessas situações” (p.2). Segundo as informações do Boletim, é fundamental estabelecer um processo continuado e permanente de gestão dos riscos de desastres no Sistema Único de Saúde, baseado em um planejamento subsidiado pelo conhecimento do cenário de risco (MS, 2018).

Outro ponto relevante de análise na resposta do grupo, e que segue a linha proposta pelo Ministério da Saúde (MS, 2018), diz respeito a necessidade, de avaliação das idiosincrasias dos diferentes territórios no país para, a partir de evidências, elaborar diretrizes e estratégias de cuidado em AP e SM.

Em continuidade a análise das ações propostas pelo grupo A, lançamos luz à sugestão de: “Otimizar o registro de ocorrências para permitir o desenvolvimento e planejamento de pesquisas e ações”, tal proposição refere-se a implementação de sistemas de informação já existentes, como SIAB ou S2ID, por exemplo, que junto ao registro das demandas habituais possam gerar indicadores de AP e SM que permitam evitar, preparar e responder às situações de desastres, bem como auxiliar na conformação de estratégias de cuidado para as pessoas afetadas.

Outro ponto registrado pelo grupo, que destacamos, refere-se a sugestão de: “Criação de Fóruns de reflexão de debate”. Tal investimento nesses espaços tem como intuito auxiliar na

construção de novos paradigmas de cuidado e intervenção, entretanto, tais espaços de troca, bem como as pesquisas e formações voltadas para o tema, no território nacional, ainda são escassos.

Um dos tópicos debatido pelo grupo foi a cultura de intervenção apenas na fase de resposta à eventos que já aconteceram em detrimento das ações de promoção, prevenção mitigação e educação permanente. Outro ponto discutido foi a utilização político-partidária das ações de respostas como forma de dar visibilidade aos gestores. O perfil das estratégias de gestão pública utilizadas nos últimos 10 anos, em sua maioria está relacionado, à resposta de determinado evento e raramente relaciona-se as ações e serviços que visam prevenir e promover espaços de cuidado a priori (Noal & Stenen, 2013).

Grupo B

No que concerne as produções do Grupo B, referente a mesma questão, assim como a gestora Karol Veiga, entrevistada na primeira fase desta pesquisa, os participantes sugerem que as ações estejam em consonância com os princípios do SUS/SUAS e com a garantia dos direitos humanos. O grupo elenca ainda, como necessidade, a conformação de estratégias que priorizem o protagonismo comunitário, fato este que embora tenha sido bastante citado pelos participantes dos grupos, e pelos participantes entrevistados individualmente, ainda é uma estratégia pouco utilizada na América Latina nas intervenções e/ou abordagem de cuidado, como afirmam as pesquisas Abeldaño & Ruth (2016).

Abaixo é possível acompanhar na íntegra a resposta dos participantes:

Considerando os impactos que os desastres provocam sobre a vida e a saúde das pessoas e da comunidade, propomos as seguintes diretrizes para a saúde mental e atenção psicossocial em desastres:

- Garantia de que as ações estejam em consonância com os princípios do SUS/SUAS, com garantia dos direitos humanos

- Promoção e fortalecimento do protagonismo das comunidades nas políticas e ações de redução de riscos e desenvolvimento sustentável. Levando em conta que a gestão de risco em desastres tem de contemplar todas as pessoas. Priorizando comunidades mais vulneráveis, respeitando o princípio de equidade
- Fortalecimento da RAPS
- Consideração do contexto local (aspectos sociais, subjetivos, culturais...)
- Educação permanente em saúde mental e cuidado psicossocial e outros temas pertinentes
- Criação de um sistema de informação para monitoramento quanti/qualitativo para o setor
- Elaboração de planos de contingência articulados nos três níveis de gestão, de forma intersetorial, incorporando os componentes da saúde mental e atendimento psicossocial e envolvendo a participação da comunidade (Grupo B).

Assim como Karol, Maria Luiza e Adriano, entrevistados na primeira fase dessa pesquisa, os membros do grupo B registraram a necessidade de incluir os temas da AP e SM nos programas de educação permanente em saúde (EPS). No intuito de agregar subsídios para esta proposição, lembramos que parte desse sistema de educação permanente em saúde já existe. Um exemplo consistente desse sistema é a Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública - REDESCOLA (RedEscola, 2015), que é uma rede que agrega instituições públicas destinadas a formação em saúde pública e saúde coletiva e tem como propósito desenvolver ações integradas voltadas para o SUS. A REDESCOLA, composta por 48 instituições de ensino, está presente nas cinco regiões do país. Cabe lembrar que embora o sistema já esteja implementado, não encontramos publicações ou materiais que apontem que essa rede tem servido à implementação de cursos e formações específicos à temática da AP e SM na GIRD.

A REDESCOLA, por sua vez, faz parte da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS)¹³, a qual compreende uma proposta ético-político-pedagógica que objetiva reconfigurar e qualificar a atenção à saúde, os processos de formação, a práxis educacional em saúde, além de fomentar a organização das ações e serviços intersetorialmente.

Tendo em vista que a educação permanente em saúde é parte da política transversal do SUS, e que tal processo não é pontual, uma vez que este tem como princípio os espaços de reflexão e troca permanentes sobre o processo de trabalho, é possível utilizar esse dispositivo institucional para inclusão do tema de AP e SM no processo de formação dos profissionais do SUS e, expandir os espaços de trocas entre esses trabalhadores e os trabalhadores dos sistemas centrais no campo dos desastres, como os trabalhadores e gestores do SIMPDEC, SNE e do SUAS.

Acreditamos ser imprescindível a inclusão transversal dos temas de AP e SM na GIRD, na práxis das equipes, implicando e preparando os trabalhadores para atuar nos territórios e junto as populações, particularmente para as equipes da Rede da Atenção Básica (RAB) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as quais convivem com às populações em situações de risco e vulnerabilidade cotidianamente.

O grupo lembrou ainda da necessidade de respeitar o princípio da Equidade, do SUS (Lei n.º 8.080, 1990), no momento de desenvolver as ações e estratégias de cuidado em desastres. Na sequência, o último tópico registrado pelo grupo trata da necessidade de incluir e pactuar junto aos três entes federados planos de contingência, que garantam a intersetorialidade e a inclusão da SM e AP, bem como envolvam a comunidade na elaboração do mesmo. Estas ações, apontadas pelo grupo B, vem ao encontro das propostas dos entrevistados individualmente, na

¹³ Portal do Ministério da Saúde. Retirado de: <http://portalms.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/politica-nacional-de-educacao-permanente>, acessado em 11 de junho de 2018.

primeira etapa dessa pesquisa, e aos princípios das políticas públicas do SUS (Lei 8.080, 1990), SUAS (Lei 12.435, 2011) e SINPDEC (Lei 12.608, 2012).

Grupo C

Os membros do grupo C, por sua vez registraram como reposta:

Para elaboração de uma estratégia nacional de saúde mental e atenção psicossocial na GRD é necessário garantir atenção integral no planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de forma intersetorial e transversal, com ênfase na mobilização e participação popular. Tendo como ações principais:

1. Elaborar planos de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação;
2. Capacitar profissionais e sociedade civil;
3. Criar espaços e mecanismos para escuta qualificada da comunidade;
4. Mapear e gerir os riscos e as potencialidades locais;
5. Criar protocolos e procedimentos que incluam a saúde mental respeitando as características e especificidades locais.

Lembrando que desenvolver ações articuladas nas três esferas governamentais e com a sociedade civil é um desafio (Grupo C).

Ao discorrer sobre diretrizes, o grupo C reafirmou a necessidade de garantir a integralidade do cuidado das ações de AP e SM na GIRD, citando especificamente as ações de planejamento, monitoramento, execução e avaliação. O grupo apontou ainda para a necessidade de incorporar ações intersetoriais e transversais nos planos de contingência, enfatizando a mobilização e participação popular na GIRD.

Cabe ressaltar que o grupo C foi o único onde os integrantes registraram textualmente a inserção dos temas da AP e SM em todas as ações da GIRD, ou seja: “prevenção, mitigação,

preparação, resposta e recuperação”, aproximando-se da proposta do Marco de Hiogo (UNISDR, 2005) e Marco de Sendai (UNISDR, 2015).

Outro ponto levantado pelo grupo foi a capacitação da sociedade civil nos temas de AP e SM em desastres. Acreditamos que tais processos, de aproximação e formação junto à comunidade, promovem a cultura da AP e SM na GIRD, e podem auxiliar na preparação destas comunidades para eventos dessa natureza, bem como podem auxiliar no sentimento de pertença da comunidade ao processo de manejo e gestão do desastre, fortalecendo a capacidade de enfrentamento e por consequência promovendo a Saúde Mental dessas comunidades.

O terceiro ponto levantado pelo grupo diz respeito a criação de: **“espaços e mecanismos para escuta qualificada da comunidade”**. Nesse ponto, também é possível perceber a convergência da sugestão com as recomendações de órgãos e organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (WHO, WTF & WVI, 2011) expressas na publicação direcionada aos profissionais de saúde: Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo, visto que as principais recomendações desses organismos e ONG’s perpassam a técnica da escuta ativa e a articulação direta junto à comunidade.

No quarto ponto, o grupo sugeriu as ações de: “Mapear e gerir os riscos e as potencialidades locais”, tais ações auxiliam na organização dos planos de contingência e, principalmente, auxiliam as equipes encarregadas do cuidado na articulação junto à comunidade, elaborando planos direcionados as idiosincrasias loco-regionais.

Um exemplo nacional de mapeamento, gerenciamento de riscos e potencialidades voltado para a prevenção junto às comunidades foi desenvolvido na cidade de Belo Horizonte, através do “Projeto Mancha Falada” do Núcleo de Apoio Comunitário (NAC). Coordenado pelo Sistema Municipal de proteção e defesa civil, o NAC, estabeleceu uma parceria junto às comunidades que residem em áreas inundáveis da capital mineira para desenvolver ações de

prevenção, mitigação e preparação para desastres. O programa teve como objetivo mapear os potenciais riscos locais e, a partir deles, desenhar uma estratégia de cuidado a ser realizado e desenvolvido pela própria comunidade. Tal programa propôs-se ainda a mapear as potencialidades das comunidades atingidas e estabelecer junto a esses um fluxo de comunicação entre eles, contribuindo para a redução de vulnerabilidades e minimização de riscos e desastres (Brito et al., 2014).

O último ponto registrado pelo grupo refere-se à criação de “protocolos e procedimentos que incluam a saúde mental, respeitando as características e especificidades locais”, tais medidas tendem a garantir que os cuidados sejam direcionados de acordo com a cultura e demandas emergentes da própria comunidade, bem como podem otimizar os trabalhos das equipes de cuidado e aumentar o impacto dos trabalhos desenvolvidos nos territórios.

Apesar da elaboração de protocolos específicos de AP e SM na GIRD não ser ainda uma realidade nacional, enfatizamos que após os deslizamentos de terra, que culminaram na morte de 918 pessoas e impactaram a vida de mais de 32 mil habitantes (Freitas, 2012), na região Serrana do Rio de Janeiro, em 2011, a Secretaria de Direitos Humanos, vinculada à presidência da república publicou, em parceria com dez órgãos do Poder Executivo Federal, o “Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres,” instituído pela Portaria Interministerial nº 2, de 6 de dezembro de 2012 (SDH-PR, 2013).

Destacamos que embora seja um protocolo direcionado apenas à uma parcela da população afetada, essa iniciativa pioneira de intersetorialidade, que teve como objetivo assegurar a proteção integral e reduzir a vulnerabilidade desses sujeitos de direito nas situações de riscos e desastres, oferece subsídios aos gestores estaduais, municipais e distrital, para garantir parâmetros nas intervenções em desastres (SDH-PR, 2013).

É importante lembrar que a conformação de diretrizes e ações mínimas de cuidado, publicadas em um protocolo onde nove ministérios e outros órgãos do poder público são signatários, permite que a sociedade civil tenha parâmetros mínimos de referência para reivindicar junto ao poder público a garantia de seus direitos.

Na etapa seguinte estabeleceremos uma análise geral das produções concernentes aos três grupos partícipes dos grupos focais, através da terceira etapa desta pesquisa, nominada de Assembleia.

ETAPA 3: ASSEMBLEIA

Resultados e Análise das Produções Conjuntas da Assembleia do I SISMGIRD

Após trabalharem separadamente em cada um dos 3 grupos, os participantes reuniram-se em Assembleia para a apresentação das repostas de cada um dos grupos (A, B e C) e, a partir daí iniciarem a elaboração de uma produção conjunta que culminasse em um registro único de autoria dos participantes.

Sendo assim, neste tópico nos propomos a estabelecer uma análise das produções advindas desse espaço de reflexão e negociação entre os membros dos três grupos focais, particularmente no que concerne: o Conceito de Desastre; o Conceito de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Gestão integral de Riscos e de Desastres; Desafios para elaboração de estratégias de AP e SM em desastres; Proposições e Análises das Diretrizes sugeridas pelos três grupos; Ações relacionadas às Diretrizes e Proposições.

5.10 Conceito de Desastre

No decurso das reflexões, debates e análise dos registros advindos das trocas verbais, discutiu-se sobre o conceito de desastre que deveria ser adotado pelos profissionais que trabalham no campo da Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Desastres. Nesse sentido, os membros dos grupos discorreram sobre os conceitos utilizados por várias organizações e instituições, entre eles, o conceito descrito na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC instituída pela lei 12.608, de 10 de abril de 2012.

Os participantes posicionaram-se defendendo a utilização do conceito da PNPDEC como aquele que contemplaria a maior parte das reflexões levantadas pelos participantes, no que concerne a definição geral de desastre.

A PNPDEC (Lei 12.608, 2012) define Desastre como o “Resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem, sobre um ecossistema vulnerável, causando danos

humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais” (p.8). A PNPDEC considera ainda que, “a intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do evento adverso e a vulnerabilidade do sistema e é quantificada em função de danos e prejuízos” (p.8).

Ressaltamos que apesar dos participantes identificarem o conceito da PNPDEC como o mais próximo das reflexões dos grupos, eles discordaram da utilização do termo “desastre natural”. Para os participantes tal nomenclatura não é condizente com a perspectiva acordada, uma vez que estes entendem que os desastres são produtos da interação entre os seres humanos e o meio em que vivem, preferindo empregar o termo desastre socionatural.

Outro conceito de desastre que parece congrega os principais tópicos discutidos pelos grupos foi conformado pela Comissão Nacional de Psicologia na Gestão Integral De Riscos e de Desastres do Conselho Federal de Psicologia (CNPGIRD-CFP, 2016), nesse conceito define-se que:

O desastre provoca uma ruptura do funcionamento habitual de um sistema, ocasionada pelos impactos ao bem-estar físico, social, psíquico, econômico e ambiental. Tal evento pode afetar pessoas, acarretar destruição estrutural e/ou material significativa, alterar a geografia humana e provocar desorganização social pela destruição ou alteração de redes funcionais. Para haver um desastre é necessária a combinação de um conjunto de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos que ultrapasse a capacidade de gerenciamento local (CNPGIRD-CFP, 2016).

Diferentemente do conceito descrito na PNPDEC, a definição apresentada pela CNPGIRD-CFP (2016) incorpora a perspectiva dos indicadores sociais, e inclui a ruptura no estado psicossocial das pessoas afetadas como ponto a ser considerado, além de agregar a noção de gestão integral de riscos e de desastres.

Ao retomar a análise das produções resultantes das reflexões nos grupos, ressaltamos que foram discutidos conceitos que se referem a uma situação de desastres como uma situação que implica em um “colapso das capacidades de uma comunidade de lidar com a ameaça (o fenômeno), que necessariamente requererá apoio externo, seja de órgãos estaduais ou da união” (Manifesto do I SISMGIRD, 2015, p.1).

É importante salientar que tal conceito converge com a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (Lei 12.608, 2012), uma vez que, para essa, o que configura um evento adverso como um desastre, além da incapacidade de resposta da comunidade, é o dano que causa a essa, somado a extensão do mesmo.

De forma a agregar outros subsídios ao conceito conformado pelos grupos, referenciamos O’Keefe et al. (1976, apud Ribeiro, 2016), os quais afirmam que um desastre é mais um resultado de fatores econômicos e sociais do que fatores naturais, isso significa que há uma estreita relação de comunidades com muitas vulnerabilidades (econômicas, estruturais, sociais, de saúde, segurança, etc.) e alta recorrência de desastres. Ou seja, para os autores, os determinantes sociais da saúde são diretamente proporcionais ao impacto dos desastres junto a população afetada.

Relevantemente Favero et al. (2014), pontuam que a forma como nomeamos o fenômeno traz implicações nas práticas adotadas para lidar com o mesmo. Em consonância com as reflexões dos grupos de trabalho, as autoras destacam que um desastre acontece em um lugar adscrito e que pode ser a expressão da vulnerabilidade social, física e ambiental daquele contexto. Em continuidade, as autoras alertam que este é um campo ainda em discussão devendo ser mais investigado tendo em vista as implicações práticas da forma como se concebe o fenômeno “Desastre” seja nas políticas públicas, seja na academia, na sociedade, etc.

Na sequência, os partícipes discutiram sobre o fato de que para definir um conceito de desastres voltado para a AP e a SM em desastres no Brasil, é necessário fazer uso de autores que

trabalham o conceito de forma complementar e nunca conflitante com as referências que ancoram as políticas públicas nacionais.

5.11 Conceito de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em Gestão integral de Riscos e de Desastres

A partir das discussões, reflexões e propostas elaboradas pelos participantes dos grupos focais, é possível compreender que para estes, não há um consenso referente aos conceitos de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em desastres, entretanto, as reflexões dos três grupos apontam para a complementariedade dos campos da AP e SM, uma vez que, na perspectiva dos partícipes, ambos se ocupam do cuidado à subjetividade humana das pessoas afetadas por desastres e das questões relativas ao sofrimento oriundo de eventos dessa natureza.

Embora não tenham chegado a um consenso sobre as definições de cada um, os termos Saúde Mental e Atenção Psicossocial na GIRD foram redefinidos a partir das contribuições verbais dos participantes dos subgrupos e posteriormente aprimorados durante a assembleia. Nesse sentido, o termo Saúde mental foi concebido como um “campo de conhecimento e de atuação técnica plural, intersetorial, polissêmica e transversal no âmbito das políticas públicas de saúde” (Deliberação da Assembleia) Tal definição desconstrói a ideia de saúde mental como um estado de sanidade mental. Os participantes reforçaram a ideia que saúde mental envolve sujeitos e coletividades, assim como possibilidades de existência humana e social.

O termo Atenção Psicossocial, por sua vez, foi definido “como um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental. Onde o cuidado se constrói a partir dos vínculos” (Deliberações da Assembleia). Os membros do grupo sugeriram ainda que estes conceitos sejam incorporados na GIRD, e utilizados em intervenções a partir de políticas públicas nacionais.

Os grupos apontaram ainda para a proximidade dos campos de cuidado da AP e SM, visto que as ações da AP e SM na GIRD devem se voltar para o fomento das questões ligadas ao empoderamento e a autonomia da comunidade afetada, o fortalecimento das redes de apoio e o

acesso à cidadania. Nas repostas dos participantes, é possível compreender que os campos seguem identificados com o cuidado direto e indireto, individual e coletivo, bem como a um processo de escuta ativa e pragmática.

Outro ponto bastante discutido entre os grupos foi a inclusão de ambos os temas (AP e SM) junto as políticas públicas e a necessidade de trabalhá-los de forma intra e intersetorial numa perspectiva de rede.

As noções de acolhimento e cuidado integral nas estratégias de AP e SM, foram citadas e discutidas, apresentando-se como um consenso nas trocas verbais. Ressalta-se que embora a palavra acolhimento não apareça no registro escrito do grupo A, ela também foi verbalmente discutida por seus membros.

5.12 Desafios para Elaboração de Estratégias de Atenção Psicossocial e Saúde Mental em desastres

Através dos grupos os participantes discutiram e refletiram sobre os desafios relacionados a elaboração de estratégias de AP e SM em desastres. A maior parte dessas reflexões foi direcionada à formação dos profissionais que atuam nesse campo, ancorados na premissa de que a formação desses profissionais carece de disciplinas, produções e estudos na área das políticas públicas, tanto quanto carece de investimentos na temática da AP e SM na Gestão Integral de Riscos e Desastres. Tais considerações são similares aos resultados encontrados nas pesquisas que produzimos junto a Magrin et al. (2016) e Vicente et al. (no prelo).

A pesquisa desenvolvida junto a Magrin et al. (2016), reforça que há uma lacuna na formação desse campo de trabalho dos profissionais da psicologia e que, ancoradas nas experiências de trabalhos empíricos que desenvolvemos junto as equipes multidisciplinares em situações de desastre, acreditamos estender-se as demais profissões. A pesquisa evidencia ainda a dificuldade de acompanhar a demanda emergente e ascendente das populações afetadas por

desastres no território nacional. O estudo sugere investimentos e adequações no sistema de formação destes profissionais e, incentiva a inclusão de matérias de AP e SM na GIRD dos cursos de graduação dos profissionais brasileiros.

Em continuidade as análises das considerações dos grupos, a respeito da necessidade de investir em materiais e estudos voltados para a temática da AP e SM na GIRD, retomamos o trabalho de revisão sistemática (RS) desenvolvido junto a Vicente et al. (no prelo), em análise às produções divulgadas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na RS realizada no ano de 2015 foram identificados 46 artigos, na América Latina, referente ao tema da AP ou SM em desastres, sendo que 29 desses não dispunham de textos completos, ou não estavam disponíveis gratuitamente, ou ainda, eram artigos repetidos, resultando em um total de 17 produções disponíveis para consulta pública. Ressalta-se que dos textos encontrados, nenhum deles referia-se especificamente à temática da Atenção Psicossocial ou Saúde Mental na perspectiva da Gestão Integral de Riscos e de Desastres.

5.13 Proposições e Análises das Diretrizes Sugeridas

Os participantes dos grupos acordaram que é imprescindível que as diretrizes operacionais de uma estratégia nacional de AP e SM na GIRD sejam conformadas de forma a potencializar os saberes loco-regionais, e que estejam em consonância com às políticas públicas nacionais.

As diretrizes, segundo os partícipes, devem garantir as esferas de planejamento, monitoramento, execução e avaliação das ações de forma intersetorial e transversal, com ênfase na mobilização e participação popular, e no controle social previsto constitucionalmente. Os pontos acordados incluem ainda questões relativas à saúde numa perspectiva ampliada e não somente como ausência de doenças, além de prever a garantia de direitos e o protagonismo dos sujeitos e da comunidade afetada.

Durante os apontamentos finais, o grupo definiu que a SM e a AP na GIRD compõem uma plataforma ampla e difusa de intervenções, mas que não deve se confundir, no entanto, com a ausência de planejamento e de monitoramento de ações, tampouco com atuações improvisadas e sem critérios definidos. A atuação dos envolvidos na GIRD deve estar articulada em redes de cuidado já previstas nos sistemas públicos nacionais.

É notória a proximidade das proposições do grupo com as diretrizes publicadas no “Protocolo nacional conjunto para proteção integral a crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres” (SDH-PR, 2013). Acreditamos que parte dos motivos se dê porque muitos dos gestores ministeriais que integraram a equipe de elaboração do protocolo também estiveram presentes nos grupos focais. Outro ponto que precisamos registrar é o caráter pioneiro do protocolo, pois embora não seja direcionado ao tema específico da AP e SM em GIRD, é o primeiro documento nacional que inclui em um mesmo documento políticas públicas de saúde e GIRD.

5.14 Ações Relacionadas às Diretrizes

Ao avaliarem os impactos que as situações de risco e de desastres apresentam na vida e na saúde das populações afetadas, os participantes destacaram as seguintes ações norteadoras:

- Garantir a consonância das ações de SM e AP em situações de riscos e desastres com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC);
- Incluir a promoção e o fortalecimento do protagonismo das comunidades nas políticas e ações de redução de riscos e desenvolvimento sustentável, considerando que a GIRD deverá contemplar os princípios da integralidade e da equidade, priorizando comunidades mais vulneráveis;
- Promover o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na GIRD;

- Considerar o contexto local com ênfase nos aspectos sociais, subjetivos e culturais;
- Garantir a educação permanente em SM e AP para atuação na GIRD;
- Criar um sistema de informação para monitoramento quali-quantitativo que contemple SM e AP;
- Elaborar planos de contingência articulados intersetorialmente nas três esferas de gestão, incorporando os componentes da SM e AP que envolvam a participação da comunidade (Deliberações da Assembleia).

Os sete pontos elencados pela assembleia resumem, de forma geral, as ações apontadas durante as entrevistas individuais e os grupos focais, realizados na primeira e na segunda fase dessa pesquisa. Na descrição dos pontos, é possível encontrar ações voltadas para o processo de gestão, atenção, vigilância, monitoramento e educação permanente nas cinco fases da Gestão Integral de Riscos e de Desastres.

No que concerne o processo direto de cuidado, é possível também visualizar uma perspectiva de atenção integral de AP e SM na GIRD inserida transversalmente nas políticas públicas, com ações voltadas para a promoção da saúde e do protagonismo social das comunidades.

A partir das discussões fomentadas na Assembleia identificamos a preocupação em garantir a conformação de planos de contingência de AP e SM que incluam ações voltadas para a GIRD, bem como a preocupação em assegurar a implantação de sistemas de informação e monitoramento que permitam embasar esse planejamento de forma precisa, fundamentado a partir das demandas e necessidades loco-regionais.

Por fim, o grupo remete a necessidade de trabalhar junto às equipes atuantes nessas situações, especialmente aquelas que já fazem parte das redes e sistemas públicos, a fim de fortalecer os sistemas públicos existentes e aprimorar a percepção desses trabalhadores para o processo de cuidado em AP e SM em desastres.

Um ponto importante que, assim como nas duas etapas anteriores, também não foi registrado pelos participantes nessa terceira etapa, foi a inclusão das ações voltadas para o exercício do controle social de AP e SM em desastres. Frisamos aqui a importância de que as ações e diretrizes voltadas para esse tema estimulem o processo de reivindicação de direitos, fazendo uso, inclusive, dos espaços de controle social garantidos e já existentes nas políticas públicas vigentes (Lei 8.080, 1990; Lei 12.435, 2011; Lei 12.608, 2012).

Tendo como base as análises das reflexões, registros e considerações advindas dos resultados das três etapas dessa pesquisa, no próximo capítulo apontaremos subsídios para a conformação de uma estratégia nacional de saúde mental e atenção psicossocial na gestão integral de riscos e de desastres.

CAPÍTULO 6 – IMPLICAÇÃO DO ESTUDO: SUBSÍDIOS PARA A CONFORMAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE DESASTRES

Considerando como norteadores as análises dos resultados das entrevistas individuais, grupos focais e assembleia do I SISMGIRD, bem como a análise de protocolos, guias, relatórios, políticas públicas de saúde, proteção e defesa civil, educação e desenvolvimento social, documentos (inter)nacionais elaborados por instituições e grupos de especialistas, bem como os marcos referenciais nacionais e internacionais já descritos anteriormente nessa tese, nesse capítulo, nos propomos a apontar subsídios para conformação de uma estratégia nacional de atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e de desastres, em conformidade com o objetivo principal dessa tese.

6.1 Diretrizes

- **Considerar as idiossincrasias loco regionais na elaboração e implementação das estratégias de cuidado em AP e SM em desastres.**

Ancoradas nos resultados dessa pesquisa, bem como nos trabalhos empíricos que viemos desenvolvendo nos últimos anos (Noal, 2012, 2013, 2013b; Noal & Vicente, 2011a, 2011b, 2013; Noal & Stienen, 2013), consideramos que é imprescindível garantir a inclusão dos saberes loco-regionais nas fases de prevenção, mitigação, preparação, resposta e reconstrução em AP e SM para desastres. A base da conformação de uma estratégia precisa estar ancorada nos saberes das pessoas afetadas direta e indiretamente, incluindo e potencializando as expertises das instituições e representantes loco-regionais, bem como dos trabalhadores e pesquisadores desses territórios. Contempla-se nessa diretriz, a inclusão das especificidades socioculturais dos múltiplos povos do Brasil.

- **Respeito à cultura.**

Considerar os valores culturais para desenvolver uma estratégia condizente com o cuidado em AP e SM. A base do processo de cuidado em AP e SM, está diretamente relacionada a compreensão e respeito à cultura da população a ser cuidada, bem como aos múltiplos e interdependentes aspectos dos determinantes sociais de saúde mental como: economia, cultura, ambiente e política, bem como os aspectos subjetivos da população afetada, nesse sentido, a cultura, suas expressões e inter-relações são o cerne desta estratégia.

- **Valer-se das políticas públicas para a consolidação da estratégia de cuidado em AP e SM na GIRD.**

A fim de desenvolver uma estratégia complexa que contemple a GIRD, é necessário articular ações intra e intersetoriais que contemplem os três entes federados. Tais medidas visam garantir a efetivação dos direitos e aplicação dos princípios e diretrizes para o cuidado integral das pessoas afetadas. É importante garantir que as ações estejam em consonância com os princípios do SUS/SUAS/SINPDEC/SNE, e com os Direitos Humanos.

- **Inter e Intra-setorialidade.**

Assegurar ações inter e intrasetoriais. É necessário garantir a atenção integral nas ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação em AP e SM em desastres. A implementação de tais ações exige a implicação e a articulação entre os diferentes setores e serviços, a fim de garantir que o processo de cuidado seja compatível com as demandas e com a oferta, bem como possibilitem qualidade e otimização de recursos. É imprescindível que as ações sejam desencadeadas de forma integrada e articulada entre os atores partícipes de uma estratégia de cuidado, a fim de que as equipes de saúde, assistência social, educação, proteção e defesa civil incluam no seu processo de trabalho a dimensão psicossocial.

- **Responsabilidade e compromisso dos atores participantes de uma estratégia de cuidado**

É preciso fomentar os aspectos éticos do cuidado em AP e SM na GIRD, nesse sentido, as entidades e instituições envolvidas precisam estar comprometidas em evitar ou minimizar as situações que: promovam sofrimento, venham a ferir a dignidade humana, aumentem a sensação de impotência, insegurança, exposição ou medo das populações afetadas.

- **Protagonismo das comunidades.**

A proposta dessa diretriz visa promover e fortalecer o protagonismo das comunidades nas políticas e ações de redução de riscos e desenvolvimento sustentável, pautando as ações de cuidado na perspectiva de reivindicação e garantia de direitos. Levando em conta que a gestão de risco em desastres precisa contemplar todos os níveis sociais. Priorizar as comunidades mais vulneráveis, respeitando o princípio de equidade.

- **Garantir a transversalidade da AP e SM nos processos de cuidado dos diferentes campos de atuação.**

A fim de garantir a transversalidade das ações de AP e SM, é preciso ampliar a capacidade teórica e metodológica dos profissionais em campo e em posição deliberativa, a fim de que estes compreendam a dinâmica comunitária, as configurações das estruturas familiares, os tipos de vínculos e conflitos interpessoais/grupais preexistentes, os valores culturais que permeiam a ideia de perda e dano, entre outros condicionantes da saúde mental e atenção psicossocial.

- **Educação Permanente em Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e de Desastres.**

Investir no processo de formação e de reflexão da práxis do processo de trabalho de cada um dos atores envolvidos nas cinco fases da GIRD, particularmente aqueles que pertencem aos quadros permanentes dos sistemas públicos como: SUS, SUAS, SINEDEC e SNE é um dos pontos chave para a implementação de uma estratégia de cuidado em AP e SM. A educação

permanente é um componente decisivo para a efetivação de uma estratégia de AP e SM na GIRD, através dela é possível implementar, fortalecer e aumentar a qualidade de resposta no cuidado às demandas da população afetada. Para que o processo seja eficaz é necessário ainda articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças curriculares dos cursos técnicos, de graduação, especializações das profissões de saúde, assistência social, proteção e defesa civil, além de inserir a educação popular em saúde como parte fundamental da implementação das estratégias de cuidado, em consonância com as necessidades das populações afetadas.

6.2 Ações a Serem Delineadas nas Fases de Prevenção, Mitigação, Preparação, Resposta e Reconstrução

O conjunto de ações propostas a seguir foram organizados a partir dos resultados dessa pesquisa, bem como foram ancorados tendo como base os Marcos de Referência em desastres, como o Marco de Hiogo (UNISDR, 2005), Marco de Sendai (UNISDR, 2015), e as políticas públicas de saúde (Lei 8.080, 1990), desenvolvimento social (Lei 12.435, 2003) e Proteção e Defesa Civil (Lei 12.608, 2012).

PREVENÇÃO

As ações de prevenção foram elaboradas com o intuito de reduzir os riscos e minimizar os impactos nocivos à AP e SM de um possível desastre. Tais ações versam sobre o planejamento, monitoramento, formação, comunicação, entre outros tópicos que visam potencializar ações de educação permanente, comunicação e principalmente fortalecimento do protagonismo das populações diretamente afetadas.

❖ Planejamento

- Mapear, estratificar e gerenciar os riscos, recursos e as potencialidades de AP e SM por região;

- Analisar diretrizes operacionais que apontem subsídios para conformação de uma estratégia nacional de atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e de desastres;
- Incluir as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação de AP e SM, contemplando, de forma intersetorial, a participação de atores e instituições externas nos planos de GIRD do SUS, SUAS, SINPDEC, SNE e demais atores que trabalham diretamente em situações de desastres;
- Sensibilizar os atores governamentais para a necessidade da reestruturação das políticas públicas voltada para o cuidado integral das pessoas afetadas, garantindo a AP e SM de forma transversal no processo de cuidado. Nesse sentido, no redesenho do sistema, é importante propiciar a inclusão e atuação de novos atores sociais no processo de discussão e deliberação de políticas, programas e ferramentas de interpretação do problema;
- Fomentar a construção de uma política nacional para o tema, definindo responsabilidades em todos os níveis de atenção: municipal, distrital, estadual e federal, incluindo as diferentes políticas setoriais, como saúde, assistência social, educação, meio ambiente, desenvolvimento territorial, etc. É necessário, também, incluir metas para cada uma das estratégias registradas, as quais devem ser pensadas, a médio e longo prazo, e acompanhadas por um conselho gestor;

❖ **Comunidade**

- Analisar a percepção de risco em AP e SM das comunidades envolvidas;
- Mapear os grupos vulneráveis junto as equipes: das Unidades de Atenção Básica do SUS (UBS), dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e das equipes de Proteção e Defesa Civil, especialmente junto aos Núcleos Comunitários de Defesa Civil (NUDEC);

- Garantir espaços seguros para lazer e recreação que promovam a SM e AP na comunidade;

❖ **Educação permanente**

- Capacitar profissionais, redes locais, equipes e sociedade civil em AP e SM na GIRD;
- Investir em programas de Educação permanente (EP) e Educação Popular em saúde (EPS) em SM e AP voltados para a promoção de saúde mental;

❖ **Integração inter e intrasetorial**

- Desenvolver ações articuladas junto às três esferas governamentais e com a sociedade civil;

MITIGAÇÃO

As ações de mitigação, aqui elencadas, foram pensadas com o intuito de minimizar a perspectiva de sofrimento e adoecimentos em AP e SM, oriundos de possíveis situações de riscos ou desastres;

❖ **Planejamento**

- Desenvolver a linha histórica dos desastres por região, mapeando e incluindo os dispositivos e ações de cuidado em AP e SM desenvolvidos por cada um dos atores participantes;
- Mensurar riscos em AP e SM, e promover ações para mitigá-los;
- Criação de um sistema de informação em AP e SM articulado com a rede para monitoramento quanti/qualitativo. Tal ação pode servir como dispositivo de organização do processo cuidado e consolidação de uma parceria entre o saber científico e os saberes loco-regionais. Acreditamos que uma relação pré-estabelecida auxilia no processo de mitigação, visto que facilita e favorece a agilidade no processo de preparação e resposta, mas principalmente, contribui para o fortalecimento das resiliências, uma vez que a

comunidade já identifica a rede a ser acessada, e tende a estabelecer um vínculo de confiança;

- Incluir nos planos de AP e SM ações de mitigação do processo de sofrimento, baseado nas informações e registros históricos das comunidades afetadas nos territórios;

❖ **Comunidade**

- Mapear e/ou promover espaços e mecanismos para escuta qualificada da comunidade;
- Identificar e mapear os atores, instituições e situações que podem auxiliar no processo de mitigação de sofrimento e adoecimentos oriundos das situações de desastres;

❖ **Educação permanente**

- Incluir matérias de AP e SM na GIRD, matérias de políticas públicas e direitos humanos voltados para a temática dos desastres, nos currículos acadêmicos;
- Implantar cursos permanentes de extensão e especialização nas unidades acadêmicas da federação voltados a temática de AP e SM na GIRD;
- Aproximar as unidades acadêmicas das comunidades afetadas através de espaços de trocas, reflexão e planejamento permanente;

❖ **Integração inter e intrasetorial**

- Desenvolver ações articuladas nas três esferas governamentais e com a sociedade civil;
- Integrar a saúde mental e a dimensão psicossocial aos sistemas de redução de riscos e de desastres dos setores do SUS, SUAS, SINPDEC, SNE, entre outros;

PREPARAÇÃO

As ações de preparação, foram estruturadas com o intuito de reduzir o impacto de possíveis desastres na AP e SM das pessoas afetadas, entre essas, comunidades, trabalhadores

e gestores. Tais ações visam ainda agilizar o processo de resposta dos atores diretamente envolvidos.

Neste tópico, são propostas ações de planejamento as quais contemplam ações de mapeamento, monitoramento, educação permanente, fomento à autonomia das populações afetadas, entre outros pontos, considerados essenciais para a articulação do processo de cuidado em AP e SM em desastres.

❖ **Planejamento**

- Mapear, implantar e atualizar periodicamente um cadastro nacional único de especialistas, atores chaves, instituições, organizações, serviços e ações de AP e SM em desastres e aptos a atuarem nas cinco regiões do Brasil;
- Incluir indicadores de AP e SM na GIRD nas bases de dados dos sistemas públicos que atuam em desastres para estabelecer um levantamento de recursos existentes, equipes de referência locais, acompanhamento e avaliação;
- Incluir, revisar e atualizar instrumentos de registros nos sistemas públicos já existentes, que possam fornecer subsídios sobre indicadores de AP e SM na GIRD e sensibilizar os profissionais que alimentam os sistemas já existentes para a necessidade de inclusão dessas informações;
- Produzir registros e memórias das articulações e processos implementados em situações de desastres nas últimas décadas;
- Avaliar as especificidades da AP e SM dos territórios mais afetados por desastres, a nível nacional, estadual e municipal;
- Estabelecer um levantamento diagnóstico das condições de SM e AP das pessoas que vivem em áreas identificadas, pela defesa civil, com potencial risco de desastres. O estudo das vulnerabilidades, potencialidades e ferramentas de cuidado e enfrentamento utilizadas por essas comunidades, visa estabelecer estratégias de acompanhamento e

monitoramento, bem como avaliar o impacto das estratégias de cuidado a curto, médio e longo prazo;

- Estabelecer um fluxo integrado de informações relacionado aos atendimentos de AP e SM na GIRD;

❖ **Planos, guias e documentos**

- Inserir nos protocolos dos diferentes campos de atuação em desastres, as ações e perspectivas da AP e SM na GIRD, respeitando as características e especificidades locais;
- Difundir as informações dos protocolos de intervenção, contendo as ações de AP e SM em desastres, para os atores atuantes nesse campo;
- Definir um fluxograma de cuidado para o atendimento de AP e SM das pessoas afetadas;
- Prever dotação orçamentária para as ações de AP e SM em cada uma das fases da GIRD;
- Inserir nos planos de ação dos diferentes sistemas públicos atuantes em desastres, cuidados voltados para os profissionais que atuam nesses eventos. Equipamentos de cuidado específicos à trabalhadores como, por exemplo, os “Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)”, do Sistema Único de Saúde, os quais tem como objetivo promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida, podem auxiliar na implementação dessas ações;
- Investir esforços no desenvolvimento de sensibilizações sobre a temática da AP e SM na GIRD em territórios identificados com potencial risco de desastres;
- Inserir nos planos de contingência Nacional, Estadual, Municipal e Distrital, os componentes de SM e AP na GIRD;

- Estabelecer estratégias que contemplem ações de proteção e sensibilização a respeito da exposição e divulgação de informações que possam ferir a dignidade humana. Tais ações visam proteger a intimidade das pessoas afetadas.
- Incluir nos planos, protocolos e estratégias, ações e mensagens a serem utilizadas na comunicação de informações de AP e SM na GIRD junto a mídia;
- Desenvolver oficinas, simulados, treinamentos, com a participação de todos os atores envolvidos, particularmente junto às comunidades que vivem nesses territórios;
- Estabelecer locais de referência, recursos humanos e fluxos de cuidado ambulatorial, hospitalar, Urgência e Emergência em SM e AP;
- Identificar e capacitar profissionais das redes públicas para acolhimento de SM e AP na GIRD;

❖ **Comunidade**

- Criar espaços e ferramentas de escuta à comunidade local com enfoque nos principais pontos de tensão, medos, conflitos e sofrimentos face a um potencial desastre, promovendo espaços para compartilhar suas angústias, dores, receios e necessidades. Tais informações podem servir como subsídios para a gestão de cuidado de AP e SM durante a fase de resposta;
- Inserir nos planos de contingência dos entes federados os componentes da SM e AP, de forma pactuada junto as comunidades a serem assistidas;
- Trabalhar a promoção da saúde mental comunitária considerando aspectos importantes da resiliência frente às vulnerabilidades;
- Investir na formação dos profissionais que trabalham nos equipamentos sociais para que auxiliem na promoção da SM e AP comunitária;

❖ Educação permanente

- Elaboração e implementação de um programa de Educação Permanente na temática da AP e SM em situações de riscos e de desastres, direcionado aos atores envolvidos, particularmente aos atores governamentais. Importante pensar em um sistema de cotas para inclusão de trabalhadores (SUS, SUAS, SINEDEC, SNE...), gestores, voluntários, professores, entre outros. A Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA) pode servir como ferramenta para implementação desse programa;
- Envolvimento, interlocução, preparação, formações, simulados de mesa e simulações conjuntas para os profissionais do SUS, SUAS, SINEDEC e SNE voltado à identificação, acolhimento e manejo dos impactos psicossociais causado por desastres na população afetada;
- Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento das medidas protetivas, reações mais comuns e possíveis impactos à SM causados por desastres;
- Implementar iniciativas e ações voltadas para a inclusão da temática de AP e SM na GIRD nos cursos da saúde, assistência social e educação, entre outros;
- Investir em pesquisas no campo da SM e AP na GIRD;
- Criação de fóruns de reflexão sobre a práxis do cuidado em desastres. A conformação desses espaços de trocas de experiências, estudos, pesquisas e intervenções, objetiva a construção de novos paradigmas nesse campo de atuação;
- Identificar grupos, centros, núcleos e profissionais, que já possuem produção em atenção psicossocial e saúde mental nas diferentes fases da GIRD, e estabelecer parcerias para a implementação dessas ações;

- Sensibilizar e capacitar dirigentes, conselheiros (as) municipais, gestores (as) e professores (as), agentes de saúde, Agentes de defesa civil, conselheiros (as) tutelares, entre outros atores que realizam trabalhos junto às comunidades para a temática da AP e SM na GIRD;

❖ **Integração intra e intersetorial**

- Integrar de forma transversal a temática da AP e SM na GIRD, nos sistemas e políticas nacionais existentes;
- Refletir, analisar e definir ações de cuidado de AP e SM, a partir do trabalho em redes na perspectiva longitudinal da GIRD;
- Estabelecer um fórum com as entidades de classe das profissões centrais na intervenção em desastres (psicologia, medicina, comunicação, serviço social, entre outras) para estabelecer princípios e diretrizes éticas de intervenção em desastres;
- Estabelecer um mapeamento regional de dispositivos sociais de cuidado e proteção que possam auxiliar na composição de uma rede de cuidado em AP e SM, facilitando a formação de redes de suporte e cuidado preparadas para atuação em situações de desastre;
- Incluir indicadores de AP e SM nos sistemas de informações utilizados pela Saúde, Assistência Social, Proteção e Defesa Civil e Educação, como por exemplo os Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema Integrado de Informações sobre Desastres (S2ID), entre outros;
- Estabelecer um comitê para análise de informações de AP e SM na GIRD oriundos dos sistemas de informações. Este comitê pode ser formado por representantes dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), dos Núcleos Comunitários de Defesa Civil (NUDEC), das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS), dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST), entre outros serviços que possam auxiliar nessa análise e problematização das informações;

- Assegurar suporte logístico, prevendo, entre outras ferramentas, meios de comunicação e transporte para as equipes de AP e SM que podem vir a atuar em situações de desastres;

RESPOSTA

As ações de resposta foram elaboradas de forma a abranger o cuidado amplo de AP e SM a partir do marco zero de um desastre, ou seja, já nos primeiros momentos pós-desastres. Tais ações visam auxiliar na redução do estado de stress agudo e prevenção de possíveis transtornos psicopatológicos que possam ser desencadeados por eventos dessa natureza.

As ações se propõem ainda a auxiliar as pessoas diretamente afetadas a compreenderem, elaborarem e enfrentarem as dificuldades psicossociais advindas de um desastre, bem como a implementarem ações essenciais para uma estratégia de cuidado compatível com as demandas de AP e SM no nível da gestão, atenção e formação emergencial pós-desastres.

❖ Monitoramento de Informações

- Produzir registros das articulações e ações implementadas na resposta ao desastre, preservando a história do processo de cuidado para os atores que passam a ser incluídos ao longo do processo de gestão e atenção terem conhecimento da linha histórica delineada e a partir desta auxiliarem no desenvolvimento das ações já disparadas;
- Garantir a circulação da informação sobre as redes e processos de cuidado em AP e SM junto aos atores envolvidos através de boletins diários (particularmente nos primeiros 30 dias da fase de resposta);
- Otimizar o registro de ocorrências vinculadas a AP e SM nos sistemas já existentes para permitir o desenvolvimento e planejamento de pesquisas e ações;

- Registrar, sistematizar e analisar as informações de AP e SM em prontuários e relatórios que permitam acompanhar o processo de trabalho;

❖ **Planos, guias e documentos**

- Executar o plano de ação previsto na fase de preparação.
- Caso o plano de ação para responder a um desastre não tenha sido conformado na etapa anterior ao evento, sugere-se conformar o plano emergencial à resposta em consonância com as políticas públicas vigentes, bem como de forma harmônica com as demais ações executadas pelas equipes de Desenvolvimento Social, Proteção e Defesa Civil em colaboração direta com os representantes das comunidades afetadas.

❖ **Comunidade**

- Prever um interlocutor da AP e SM para dialogar com a mídia e passar os informes precisos à população afetada;
- Estabelecer linha de comunicação periódica e direta com a população por meio de múltiplas mídias;
- Identificar e convidar as lideranças ou pessoas indicadas pela comunidade, para implementar as estratégias de cuidado;
- Garantir a identificação dos trabalhadores de AP e SM (crachá, colete, etc) e dos espaços de cuidado por meio de uma identidade visual, a qual facilite o reconhecimento e acesso a estes profissionais;
- Ações de sensibilização comunitária para evitar o ferimento da dignidade humana das pessoas atingidas nas mídias e redes sociais;
- Diálogo com os movimentos sociais que atuam nas determinadas áreas correspondentes para promover ações de AP e SM em desastres;

❖ Educação permanente

- Garantir espaço de educação permanente para os gestores, trabalhadores, voluntários e demais atores que estejam trabalhando em situações de resposta;
- Promover espaços de educação popular em saúde na temática de AP e SM para as pessoas afetadas;

❖ Integração intra e intersetorial

- Desenvolver ações articuladas nas três esferas governamentais e com a sociedade civil;
- Trabalhar de forma articulada às ações de AP e SM junto com os demais atores atuantes no território, como segurança pública, educação, proteção e defesa civil, assistência social, etc;
- Garantir o suporte de uma equipe externa de especialistas em AP e SM para acompanhamento da elaboração e execução da estratégia loco-regional, a fim de auxiliar na oxigenação do processo de trabalho, através de espaços de trocas, orientações e supervisões;
- Garantir a presença de representantes da AP e SM no Comitê Operativo de Emergência (COE) e sala de Situação. Tal ação visa manter uma coordenação articulada e maior agilidade no processo decisório, além de auxiliar na implementação das ações intra e intersetoriais;

❖ Cuidado

- Garantir espaços de cuidado ampliado e direto em AP e SM para os profissionais de resposta;
- Disponibilizar atendimentos emergenciais de AP e SM às pessoas afetadas em locais de referência dos sistemas públicos (SUS, SUAS, SINPDEC, SNE) priorizar os

locais de fácil acesso para a população, como por exemplo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

- Garantir a inclusão de ações de AP e SM em desastres nas consultas realizadas pelos profissionais das unidades básicas de saúde e utilização dos serviços de referência e contra-referência para equipes especializadas quando, e se, necessário;
- Garantir o acompanhamento individual, familiar e comunitário das pessoas que necessitam de cuidados específicos de AP e SM nas redes dos sistemas públicos, especialmente no SUS e SUAS;
- Garantir acolhimento, estabilização emocional e atendimento continuado em ambiente reservado e que preserve a dignidade das pessoas atendidas;
- Promover grupos de compartilhamento de experiências e apoio para enfrentamento de sofrimentos oriundos de desastres;
- Promover ações de retomada das atividades de rotina dos serviços e programas dos sistemas públicos, com o intuito de preservar a referência e continuidade do atendimento e acompanhamento dos usuários dos serviços;
- Prever e implantar ações de proteção à SM e AP junto as equipes de resposta;
- Estruturar o processo de cuidado de forma a garantir a integralidade, a escuta ativa, o cuidado pragmático, sem forçar a falar e sem patologizar o sofrimento;
- Promover o cuidado de AP e SM de forma transversal e longitudinal nos serviços, programas e ações já existentes no SUS e SUAS;
- Disponibilizar equipes de AP e SM para apoio dos trabalhadores e comunidades nos serviços de reconhecimento e identificação de corpos, funerais coletivos, entre outros;

- Estimular, através do processo de cuidado, o retorno sistemático às atividades de rotina das pessoas afetadas, quando a conjuntura do evento permitir;

RECUPERAÇÃO

As ações de AP e SM, voltadas para a fase de recuperação, visam auxiliar no acompanhamento das estratégias implementadas na fase de resposta, bem como se prestam a avaliar o impacto em AP e SM desencadeado por eventos dessa natureza e a reconfiguração de uma estratégia de cuidado amplo a médio e longo prazo.

❖ Monitoramento de informações

- Acompanhar e monitorar junto ao Ministério Público e às redes dos sistemas públicos existentes, os dispositivos de acompanhamento, supervisão e avaliação das estratégias e ações de AP e SM na GIRD das populações atendidas;
- Avaliar impactos, processos e resultados de AP e SM em desastres de forma intersetorial;

❖ Planos, guias e documentos

- Garantir a inclusão das ações de AP e SM na fase de reconstrução em guias, planos de contingência, protocolos e documentos do SUS, SUAS, SINPDEC e SNE a serem utilizados nas situações de GIRD;

❖ Comunidade

- Estabelecer reuniões periódicas para avaliação da resposta e garantia da continuidade das ações de AP e SM para aqueles que necessitem de cuidados a médio e longo prazo;
- Garantir a presença de representantes comunitários nas equipes de gestão e acompanhamento na fase de reconstrução;
- Garantir estratégia de comunicação direta com a comunidade;

- Garantir espaços na mídia (formal e informal) que possibilitem enviar informações periódicas e atualizadas sobre a rede de cuidados estabelecida e da efetividade dessa na fase de reconstrução;

❖ **Educação permanente**

- Garantir espaços de educação permanente para discussão das práticas em AP e SM dos trabalhadores que participaram das fases da GIRD e refletir sobre as novas intervenções advindas da fase de reconstrução;
- Garantir espaços de educação popular em saúde para os membros das comunidades refletirem sobre as demandas de AP e SM oriundas das fases da GIRD e ressignificação dos eventos ocorridos;

❖ **Integração intra e intersetorial**

- Desenvolver ações de AP e SM articuladas junto as três esferas governamentais e com a sociedade civil;
- Garantir que as ações de AP e SM estejam inseridas nos planos de reconstrução dos setores de educação, assistência social, saúde, proteção e defesa civil, entre outros.
- Garantir a articulação e manutenção do processo de cuidado em rede na AP e SM à médio e longo prazo para aquelas pessoas que necessitam de acompanhamento especializado;
- Reconstruir os serviços públicos de AP e SM de forma que não coloquem em risco a vida dos profissionais e pacientes em potenciais novos desastres, e que sirvam de espaços de referência em proteção da população local;

No capítulo seguinte, Considerações Finais, abordaremos um panorama geral da análise estabelecida a partir dos resultados encontrados nessa pesquisa, bem como, avaliamos o desenvolvimento dos objetivos os quais nos propomos a trabalhar nessa tese.

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decurso desta pesquisa nos propusemos a analisar diretrizes operacionais que oferecessem subsídios para desenvolver uma estratégia nacional de gestão integral de riscos e de desastres em saúde mental e atenção psicossocial em três etapas. Para atingir tal objetivo, na primeira etapa desta pesquisa, entrevistamos individualmente 24 pessoas e, nas duas etapas seguintes fomentamos, através de três grupos focais e uma assembleia, espaços de reflexões e negociações junto a 170 pessoas, entre esses: sobreviventes, trabalhadoras(es), gestoras(es) e pesquisadoras(es) que atuam direta ou indiretamente no campo dos desastres.

A arquitetura metodológica desta pesquisa nos auxiliou a compreender como as estratégias de saúde mental e atenção psicossocial em desastre são pensadas sob os múltiplos lugares que os atores presentes ocupam ou ocuparam frente aos desastres que vivenciaram ou pesquisam, bem como nos auxiliou a entender como esses atores percebem os desafios postos nesse momento histórico, e as sugestões e considerações propostas para conformações de diretrizes e ações que subsidiem a elaboração de uma estratégia nacional de AP e SM em GIRD.

As entrevistas individuais, particularmente, nos oportunizaram apreender informações mais aprofundadas das questões propostas, revelando reflexões e considerações daqueles que vivenciaram e pesquisam o tema nessas últimas décadas. Já os grupos focais e a assembleia, por sua vez, nos possibilitaram criar um ambiente de negociação de sentidos mais próximo do cotidiano (Gaskell, 2008), complexificando o tema a partir das trocas e construções coletivas.

Nas trocas entre as produções escritas dos entrevistados e as elucubrações verbais dos participantes dos grupos focais, foram destacados como principais subsídios para estruturação de diretrizes operacionais de uma estratégia nacional de GIRD em SM e AP: estar em consonância com as políticas públicas nacionais; garantir o trabalho intra e intersetorial; e garantir a noção de cuidado integral e pragmático. Foi discutida, ainda, a imprescindibilidade de

estabelecer a construção de estratégias, considerando e incluindo a percepção e demandas da comunidade, valorizando os conhecimentos loco-regionais.

Outro resultado que destacamos, versa sobre o fato de que o contexto social e seus indicadores de sofrimento, precisam ser o cerne da problematização de um desastre. Tal resultado serve-nos a fomentar a análise do drama humano de forma prioritária, em detrimento do modelo tecnicista de cuidado. Para que de fato essa proposição seja viabilizada, é necessário transcender a capacidade teórica e metodológica dos profissionais e gestores que ocupam posições deliberativas a fim de que considerem a dinâmica comunitária, as estruturas familiares em jogo, os tipos de vínculos e conflitos interpessoais e grupais já configurados nos territórios onde o desastre acontece.

Ancorados nos resultados encontrados, também é possível inferir que, ao adotarmos como pilar de organização da estratégia os sistemas públicos nacionais que são constituídos pelos três entes federados e um aparato de controle social, é possível sistematizar o processo de cuidado de forma complexa e abrangente em cada uma das fases da GIRD.

A análise dos resultados sugere, ainda, que é importante que os projetos, programas e protocolos de cuidado, oriundos de demandas de desastres sejam utilizados através de um sistema já existente e conhecido da população afetada, visto que a tendência, em situações que extrapolam a rotina cotidiana é buscar ajuda em locais já conhecidos pela população, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou os Núcleos Comunitários de Proteção e Defesa Civil (NUPDEC).

Da mesma forma, ressaltamos que a inclusão de voluntários e especialistas que chegam no momento de resposta ou de reconstrução pós-desastres nas unidades e serviços desses sistemas já existentes, quando bem informados sobre as estratégias centrais de AP e SM na GIRD e das políticas públicas existentes, facilitam e amplificam o processo de cuidado da população.

Acreditamos que essa premissa se dê por já existir uma identidade e vínculo institucional da população afetada com a rede pública existente no território, uma vez que essa é fixa e reconhecida. A utilização das redes já existentes pelos voluntários tende, ainda, a facilitar o acesso as bases de dados e o acesso ao histórico dos pacientes que já vinham sendo atendidos em situações de rotina.

Outro ponto que remarcamos refere-se, também, a utilização desses sistemas públicos já consolidados. Acreditamos que esse processo agiliza e potencializa o processo de cuidado disponibilizado à população afetada pelos profissionais voluntários ou contratados que irão oferecer um suporte à população afetada, na medida em que é possível compreender as rupturas sofridas por essas pessoas que já estavam sendo cuidadas em situação de rotina, através de seus registros, prontuários, e reconhecimento desses, pelos membros das equipes, em especial nas unidades básicas de saúde, através dos agentes comunitários de saúde e agentes de defesa civil, os quais geralmente estão territorialmente próximos dessas pessoas e podem oferecer uma ampla gama de informações a esses profissionais.

Um ponto relevante a ser considerado é o registro e o armazenamento das informações oriundas dos atendimentos, visto que se forem atendidos nas unidades de um sistema já existente, é possível acompanharmos os registros e planejarmos com maior precisão os processos de cuidado e, também, auxilia no desenvolvimento de estudos e pesquisas que possibilitem ampliar e aperfeiçoar os processos de cuidado a médio e longo prazo.

Parece-nos importante apontar que, nos eventos nacionais que acompanhamos nesses últimos dez anos, os profissionais e instituições voluntárias que trabalham de forma desarticulada com os sistemas públicos, não têm deixado evidente o cuidado em sistematizar e alimentar sistemas de informações governamentais, através dos registros dos atendimentos e formações ofertadas, fato que acaba por dificultar o mapeamento das estratégias de cuidado já utilizadas, bem como a compilação de estatísticas de demanda, procura, busca e oferta de serviços,

dificultando o planejamento, acompanhamento e mapeamento do histórico de cuidado já delineado até este momento.

Acreditamos que a inclusão de ações e processos inter e intrasetoriais, sugeridos pelos partícipes desta pesquisa, podem ser facilitadas se forem utilizados os sistemas públicos já existentes como base para a incorporação de novas ações e serviços, visto que já existe um sistema de referência e contra-referência entre os serviços e estes já possuem uma localização geo-espacial de reconhecimento da população.

Outro ponto inferido pelos participantes como uma possibilidade de vir a tornar-se uma diretriz refere-se a “garantir a noção de cuidado integral e pragmático”. Lembramos que a integralidade do cuidado já faz parte dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde. Tal princípio propõe-se a garantir que as pessoas atendidas sejam consideradas em suas necessidades e demandas, como um todo e, para tanto, devem ser consideradas no momento do atendimento. A proposição dos participantes permite a articulação entre os sistemas, serviços e ações, possibilitando o ato de cuidar de forma complexa, bem como, visa trabalhar a estratégia a partir das premissas da GIRD.

Um dos desafios a serem superados, em análise aos resultados desta tese, é a formação dos profissionais brasileiros. Como foi evidenciado através das trocas verbais entre os participantes e nas pesquisas realizadas em diferentes bases de dados, entre elas a Biblioteca Virtual da Saúde, existe uma grande lacuna na formação profissional em AP e SM na GIRD, mas também no aprofundamento das políticas e sistemas públicos através da formação acadêmica.

Com uma base curricular de formação que raramente contempla as políticas públicas brasileiras ou a temática da AP e SM na GIRD, parece-nos difícil que profissionais, gestores e voluntários que atuam em situações de desastres sejam capazes de conformar estratégias integrais e integradas com os sistemas existentes.

Outro desafio evidenciado nesta tese, e que precisa ser superado para conformarmos estratégias sólidas, abrangentes e operada por profissionais atuantes, refere-se à lacuna nas produções teórico científicas que remetam à temática da AP e SM na GIRD vinculada às políticas públicas brasileiras.

A fim de otimizarmos a capacidade de atuar nas fases de prevenção, planejamento, mitigação, resposta e reconstrução, é necessário que todos os atores desse processo estejam cômnicos do território nos quais se propõem a trabalhar, reconhecendo a demanda das pessoas afetadas, das bases que ancoram os sistemas, as leis, políticas, protocolos e guias que permitam estabelecer diretrizes mínimas de atuação em eventos dessa natureza.

Tendo em vista que a maior parte dos atores envolvidos na conformação das diretrizes e estratégias desconhece o arcabouço de trabalho desenvolvido nesses sistemas, parece-nos improvável o estabelecimento de serviços de referência e contra-referência compatíveis com a perspectiva de cuidado integral e pragmático sugerido pelos atores que participaram desta pesquisa, ou da forma como vem sendo recomendado pelos especialistas internacionais que trabalham no campo da AP e SM em desastres.

Outro ponto que destacamos são os resultados que sugerem a garantia dos direitos das pessoas afetadas como um dos tópicos a serem inclusos nas estratégias de AP e SM na GIRD. É importante lembrar que, sem o conhecimento das leis e diretrizes que regem os sistemas públicos, bem como com a dificuldade de encontrarmos protocolos, guias, diretrizes e outros documentos específicos que ofertem normativas básicas de cuidado específico nesse campo de atuação, parece-nos um grande desafio estabelecer a garantia de direitos das pessoas afetadas por meio do cuidado de AP e SM.

A partir dos resultados desta pesquisa foi possível compreender também como estes gestores, trabalhadores, sobreviventes e pesquisadores percebem o conceito de AP e SM na

GIRD. Entendemos que esses resultados são importantes, visto que a forma como entendemos uma temática direciona as metodologias e as ações a serem delineadas no campo de atuação.

É relevante lembrar que, embora os atores partícipes desta pesquisa não tenham apresentado definições consensuais, estas tampouco foram antagônicas, apresentando-nos, na maior parte do tempo, conceitos complementares que identificam o lugar ocupado e a expectativa de cuidado almejada por cada um desses atores. Tais perspectivas ofertadas nos permitem desenvolver estratégias que contemplem os diferentes perfis, as demandas, qualificações e expectativas desses atores.

Embora os resultados tenham demonstrado a preocupação de inserir as comunidades e populações afetadas na conformação de diretrizes e estratégias de cuidado, observamos que os participantes desta pesquisa não mencionaram em nenhum momento as ferramentas de controle social como as Conferências, Mesas de negociação, Fórum dos trabalhadores, Fórum dos usuários, Fórum de entidades, Orçamentos participativos, Conselhos (de Saúde, Assistência Social, Proteção e Defesa Civil), tampouco mencionaram os Núcleos Comunitários de Proteção e Defesa Civil – NUPDEC.

Acreditamos que o fato de não mencionarem as estruturas do controle social, se deve ao desconhecimento dos sistemas vigentes, ou talvez se deva ao descrédito destes, visto que parte desse sistema é composto por representantes político-partidários, ou membros da comunidade que não parecem ser representativos dos interesses coletivos das populações afetadas.

Como encaminhamento a esta pesquisa, sugerimos investigar o processo de conformação de diretrizes e ações voltadas para a AP e SM na GIRD, junto a atores loco-regionais que vivenciaram desastres de médio e grande porte no cenário nacional. Sugerimos ainda a criação de espaços voltados para a reflexão, debate e negociação de estratégias nas regiões mais atingidas por desastres abruptos.

Da mesma forma, sugerimos convidar atores locais nas mesmas categorias de atores partícipes desta pesquisa, a fim de aprofundar a temática e incluir as especificidades loco-regionais, expandindo o convite aos demais atores citados nos resultados desta tese como: pessoas afetadas direta ou indiretamente, líderes comunitários, voluntários, ONGs, mídia, universidades, profissionais e gestores dos sistemas públicos dos três entes federados, particularmente: Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Tal sugestão tem como intuito desenvolver e aprofundar o mapeamento das fragilidades, potencialidades e especificidades concernentes as idiossincrasias das diferentes regiões do país.

Em continuidade a esta pesquisa, sugerimos ainda desenvolver e aprofundar a linha histórica voltada para a temática da AP e SM em situações de desastres e eventos críticos, de cada uma das regiões do país, levantando juntamente com esse histórico a linha de cuidado em AP e SM na GIRD que foi estabelecida para, e por, essas populações afetadas, a fim de compreender as estratégias de cuidado desenvolvidas pelas comunidades, bem como quais impactos esses processos de cuidado desencadearam e quais as possibilidades de incluí-los em uma nova estratégia de cuidado.

Tendo como base a pesquisa realizada, consideramos que a temática da SM e AP em GIRD no Brasil, ainda está em processo iminente de consolidação, por isso há necessidade de produção de referenciais elaborados tendo como base de referência as especificidades nacionais, e particularmente as políticas públicas existentes no país.

Acreditamos que um dos meios para promover a temática da AP e SM na GIRD é investir na formação de pesquisadores e trabalhadores que atuam nas políticas públicas relacionadas a situações de desastres. Em continuidade, cremos que as maiores contribuições que esta tese tem a oferecer é fomentar reflexões sobre o tema e apontar caminhos que possibilitem orientar os atores centrais de planejamento e execução de políticas públicas acerca da necessidade e da

factibilidade de construir uma estratégia nacional de AP e SM na GIRD, contemplando as demandas, experiências, reflexões e elucubrações dos atores partícipes em desastres nacionais.

Tendo em vista os resultados e análises desta pesquisa, consideramos que tais subsídios podem auxiliar no processo de reflexão e conformação de diretrizes nacionais de AP e SM na GIRD, servindo de base para o planejamento de estratégias de cuidado para os atores que trabalham, gestam e pesquisam temas dessa natureza.

REFERÊNCIAS

- Abeldaño, R.A., & Fernández, R. (2016). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 431-442. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.17502014>
- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- American Psychiatry Association (1980). *DSM-III: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatry Association (1994). *DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- American Psychiatry Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatry Association (2018). *DSM-6: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st ed.). Washington, DC: Author.
- Andery, M.A., et al. (2000). *Para compreender a ciência: uma perspectiva histórica*. (6^a ed). São Paulo/Rio de Janeiro: EDUC/Espaço e Tempo.
- Arendt, H. (2007). *A condição humana*. (10^a ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Bakhtin, M. (2003). *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Berlinguer, G. (1999). Globalização e Saúde Global. *Estudos Avançados*, 13 (35), 21 - 38. Recuperado em 5 de maio, 2016 em <http://www.scielo.br/pdf/ea/v13n35/v13n35a03.pdf>
- Bonanno, G.; Brewin, C. R.; Kaniasty, K.; Greca, A.M. (2010). Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities. *Psychological Science in the Public Interest* 11(1), 1 - 49. Retrieved May 17th, 2016, from <<http://www.psychologicalscience.org/index.php/publications/journals/pspi/weighing-the-costs-of-disaster.html>>.
- Borges, L.M. & Pocreau, J.B. (2009). Reconhecer a diferença: o desafio da etnopsiquiatria. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 15 (1), 232-245.
- Bottomore, T. (1997). *Dicionário do Pensamento Marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Brito, M.M.; Passuello, A.; Giazzon, E.M.A.; Korzenowski, C.; Araujo, S.; Alves, A.L.; Pauletti, C.; Silva Filho, L.C.P. (2014). A Participatory and Integrated Flood Risk Management Experience: Belo Horizonte, Brazil. *International Conference on Flood Management*, São Paulo, 6.
- Ceccim, R.B. (2005). Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, 9 (16), 61-177.

- Ceccim, R.B & Feuerwerker, L.C.M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. Rio de Janeiro, 14(1), 41 - 65.
- Centro Universitário de Pesquisa e Estudos sobre Desastres [CEPED]. (2014). *Capacitação básica em Defesa Civil*. (5ª ed.), Florianópolis: CEPED.
- Centro Internacional de Formação da Organização Internacional do Trabalho [CIF-OIT]. (2012). O risco de desastres: origem, avaliação, redução e prevenção no quadro do desenvolvimento local sustentável. *Curso de Redução do Risco de Desastres e Desenvolvimento Local Sustentável*. Programa DELNET de apoio ao Desenvolvimento Local - UD2. Recuperado em 10 de setembro, 2015 em www.itcilo.org/delnet.
- Coelho, A. (2011). Percepção de risco no contexto da seca: um estudo exploratório. In Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia das emergências e desastres na América latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP. Recuperado em 17 de maio, 2016 em http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2011/06/emergencias_e_desastres_final.pdf
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). Textos geradores – *Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres*, Brasília, 2. Recuperado 05 de maio, 2018 em <http://www.abrapede.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Textos-Geradores.pdf>.
- Conselho Federal de Psicologia. (2016). *Nota técnica sobre atuação da psicologia na gestão integral de riscos e de desastres, relacionadas com a política de proteção e defesa civil*. Recuperado em 20 de setembro, 2017 em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-T%C3%A9cnica-Psicologia-Gestao-de-Riscos-Versao-para-pdf-13-12.pdf>
- Conselho Nacional de Educação. (2004). Notícia: Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. *Psicologia: Pesquisa e Prática*, 20 (2), 205-208.
- Conselho Nacional de Educação. (2004). Resolução nº 8, de 7 de maio de 2004. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia*. Recuperado em 23 de maio, 2016 em http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rces08_04.pdf. Acesso em 23 de maio de 2016.
- Conselho Nacional de Educação. (2011). Notícia: Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. *Psicologia: Pesquisa e Prática*. Recuperado em 15 de setembro, 2015 em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Cox, J.L. (ed.). (1986). *Transcultural Psychiatry*. London: Croon Helm.
- Centre for Research on the Epidemiology of Disaster [CRED] (2009). *Annual Disaster Statistical Review 2008*. Université Catholique de Louvain, Belgium. Retrieved 28st June

2018 from <http://emdat.be/publication/annual-disaster-statistical-review-numers-and-trnds-2008>.

Decreto nº 7.616 de 17 de novembro de 2011. Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Recuperado em 24 de setembro, 2013 em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7616.htm

Dell'Aringa, M., Ranzani, O., Bierens, J., Murray, V. (2018). Rio's Mountainous Region ("Região Serrana") 2011 Landslides: Impact on Public Mental Health System. PLOS Currents Disasters. Jan 25. Edition 1. doi: 10.1371/currents.dis.156b98022b9421098142a4b31879d866

Fassin, D. (2002). L'invention française de la discrimination. *Revue française de science politique*, 52, (4), 403-423.

Fassin, D. & Rechtman, R. (2007). *L'empire du traumatisme: Enquête sur la condition de victime*. Editions Flammarion: Paris.

Favero, E., Sarriera, J.C. & Trindade, M.C. (2014, abril/junho). O desastre na perspectiva sociológica e psicológica. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 19 (2), 201-209. Recuperado em 01 de junho, 2015 em <http://dx.doi.org/10.1590/1413-737221560003>.

Figueira, I. & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 12 - 16. Recuperado em 10 de julho, 2018 em <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>

Figueiredo, L.C.M. (2004). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos* (3ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Franca, P. e Barbato, S.B. (2009). Construindo suportes para o cuidado: produção de discursos de professores sobre a inclusão de crianças e adolescentes com deficiência. *Athena Digital*, 15, 21-37.

Freitas, M.T.A (2002, julho). A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, 116, 20-39.

Freitas, M.T.A (2009). A pesquisa de abordagem historicocultural: um espaço educativo de constituição de sujeitos. *Revista Teias*, 10 (19). Recuperado em 04 de setembro, 2015 em: <http://www.periodicos.proped.pro.br/index.php/revistateias/article/view/381>

Freitas, C.M., Carvalho, M.L., Ximenes, E.F., Arraes, E.F., & Gomes, J.O. (2012). Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(6), 1577 - 1586. <https://dx.doi.org/10.1590/S141381232012000600021>

Freitas, C.M. & Rocha, V. (org.). (2014). *Agentes Locais em desastres naturais: defesa civil e saúde na redução de riscos: livro do professor*. Rio de Janeiro. RJ, Fiocruz.

Freitas, C; Silva, D; Sena, A; Silva, E; Sales, L; Carvalho, M; Mazoto, M; Barcelos; Costa, A; Oliveira, M; Corvalán, C. (2014). Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do

- Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (9), 3645-3656. Recuperado em 11 de julho, 2018 em <https://doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>.
- Furtado, J., Oliveira, M., Dantas, M.C., Souza, P.P. & Panceri, R. (2013). *Capacitação básica em Defesa Civil*. 22ª. ed. Florianópolis: UFSC.
- Gaskell, G. (2008). Entrevistas individuais e grupais. Em: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto imagem e som: um manual prático*, pp. 64-89. Petrópolis: Vozes
- Gondim, S. M. G. (2002). Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 12 (24), 149-161. Recuperado em 11 de julho de 2018 em <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>
- Guimarães, R.B., Guerreiro, J.A.S. & Saraiva Peixoto, J.A. (2008, maio). Considerações sobre os Riscos Ambientais e Urbanos no tocante aos Desastres e Emergências. *Veracidade*, 3 (3), 01 – 21. Recuperado em 17 de maio, 2016 em: <http://www.veracidade.salvador.ba.gov.br/v3/images/veracidade/pdf/artigo3.pdf>
- Heredia, A.M. (2003). A saúde mental coletiva em caso de desastre. In: Bock, A.M.B (org.) *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC. Recuperado em 17 de maio, 2016 em: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2000). *World Disasters Report: Focus on Public Health*. Geneva. Recuperado em 17 de maio, 2016 em: <http://www.ifrc.org/Global/Publications/disasters/WDR/9000-WDR2000.pdf>.
- Instrução Normativa Nº 2, de 20 de dezembro de 2016*. Estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências. Recuperado em 23 de abril, 2018, em http://www.integracao.gov.br/documents/3958478/0/Anexo+V++Cobrade_com+simbologia.pdf/d7d8bb0b-07f3-4572-a6ca-738_daa95feb0
- Kirmayer, L.J. (2007). Cultural psychiatry in historical perspective, In D. Bhugra, K. Bhui (Eds.). *Textbook of Cultural Psychiatry*, pp. 3-19. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirmayer, L.J., Kienzler, H., Afana, A. & Pedersen, D. (2010). Trauma and disasters in social and cultural context. In: D. Bhugra & C. Morgan, (Eds.) *Principles of Social Psychiatry* (2nd ed.), pp. 155-177, New York: Wiley-Blackwell.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311, 299-302. Recuperado em 11 de julho, 2018 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7633241>

- Kleinman, A. (2009, august). The art of medicine Global mental health: a failure of humanity. *The Lancet*, 374 (9690), 603-604. Retrieved 16th June, 2015 em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61510-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61510-5)
- Laumont, B. (2008). *Mental Health Policy and strategies*. Médecins Sans Frontières. Brussels: OCB.
- Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 11 de julho, 2018 em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf
- Lei Orgânica de Assistência Social* (1993). Recuperado em 10 de setembro, 2015 em http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social_snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-annotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download.
- Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 18 de maio, 2016 em: <http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-sau-mental.pdf>
- Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012*. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC... e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 11 abr. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm>. Acesso em: 1 set. 2015.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Magrin, N.P., Noal, D.S., Weintraub, A.C.A.M., Almeida, L.B., Torres, T. (2016). Identificando e mapeando as disciplinas de psicologia em desastres e catástrofes no Brasil: será que elas existem? *Congresso Brasileiro de Redução de Riscos de Desastres: Gestão Integrada em RRD no Brasil e o Marco de SENDAI*. Sendai, Japão, 2. Recuperado em 05 de maio, 2018 em <http://anais.cbrrd.com.br/anais-2016/>
- Marchezini, V. (2009). Dos desastres da natureza a natureza dos desastres. In N. Valencio, M. Siena, V. Marchezini, & J. Costa (Orgs.), *Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil*. São Carlos: Rima, pp. 48 - 57.
- Manifesto do I Simpósio Internacional de Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e Desastres*. (2017). Recuperado em 19 de setembro, 2017 em <http://portalarquivos.sau.gov.br/images/pdf/2016/julho/15/MANIFESTO-DE-SA--DE-MENTAL-NA-GEST--O-INTEGRAL-DE-RISCOS-E-DE-DESASTRES-12.pdf>
- Médecins Sans Frontières (2008). *Natural catastrophes: psychological reactions of victims and psychosocial interventions*. Brussels-BE.
- Médicos Sin Fronteras (2009). *Manual Práctico de Diseño e Implementación de Intervenciones en Salud Mental y Psicosocial en desastres naturales*. MSF: OCBA.

- Ministério da Integração Nacional (2010). *Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia*. Curso à distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis.
- Ministério da Integração Nacional (2012a). *Anuário brasileiro de desastres naturais*. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres. – Brasília: CENAD. Recuperado em 05 de abril, 2018 em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=e3cab906-c3fb-49fa-945d-649626acf790&groupId=185960
- Ministério da Integração Nacional. *Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres Naturais*. (2012b). file:///C:/Users/Debora%20Noal/Downloads/120808_Plano_Nac_Risco_2%20(4).pdf Recuperado em 10 de abril de 2018.
- Ministério da Integração Nacional (2013a). *Anuário brasileiro de desastres naturais*. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres. – Brasília: CENAD. Recuperado em 05 de abril, 2018 em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=f22cccd-281a-4b72-84b3-654002cff1e6&groupId=185960
- Ministério da Integração Nacional (2013b). *Atlas Brasileiro de Desastres Naturais: 1991 a 2010*. (2ª ed.) Florianópolis: Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres.
- Ministério da Integração Nacional (2014). *Anuário brasileiro de desastres naturais*. Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil. Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres. – Brasília: CENAD. Recuperado em 05 de abril, 2018 em: http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=fee4007a-ab0b-403e-bb1a-8aa00385630b&groupId=10157
- Ministério da Integração Nacional. (2018). *Sistema Integrado de Informações sobre Desastres*. Recuperado em 11 de setembro, 2018 em: <https://s2id.mi.gov.br/>
- Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental dos Riscos Decorrentes dos Desastres de Origem Natural – Vigidesastres*. Recuperado em 11 de julho, 2018 em <http://www.saude.gov.br/svs>
- Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública: Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde*. Recuperado em 11 de julho, 2018 em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_sms_desastres_jan2011_2.pdf.
- Ministério da Saúde (2013). *Cadernos de Atenção Básica*, 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde (2015). *Cadernos HumanizaSUS: Saúde Mental*, 5, Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2017) O que é Força Nacional do SUS? Entenda o SUS. *Blog da Saúde*. Recuperado em 14 de fevereiro, 2018 em <http://www.blog.saude.gov.br/w0s9bd>

- Ministério da Saúde (2018), Desastres naturais e saúde: análise do cenário de eventos hidrológicos no Brasil e seus potenciais impactos sobre o Sistema Único de Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Vol. 49 N.10. Mar.2018. Recuperado em <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/22/2017-032-Publicacao.pdf> EM 12 de julho de 2018.
- Morgan, D. (1997). Focus group as qualitative research. *Qualitative Research Methods Series*. (16th ed). London: Sage Publications.
- Noal, D.S. (2012). *End of Mission report Tabatinga: saúde da população Haitiana no Brasil*. Centro Operacional de Bruxelas. Departamento de Operações. Médecins Sans Frontières [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal D.S. (2013). *Relatório de visita técnica realizada junto às equipes de coordenação de saúde mental (estadual, regional e municipal) responsáveis pelas estratégias de cuidado em saúde mental pós evento crítico*. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: Ministério da Saúde [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal D.S. (2013b). *Relatório do Curso: Gestão integral do risco de desastre*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Curitiba: PR [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal, D.S. (2014). *O Humano do Desastre: a invenção da escrita como cuidado de si em contextos de desastres naturais e humanos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Noal, D.S., Vicente, L. N., Weintraub, A.C.A.M., Fagundes, S.M.S, Cabral, K.V., Simoni, A.C.R., Pacheco, M.L.L., Pedroza, R.L.S., & Pulino, L.H.C.Z. (2016). Estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial para Afetados da Boate Kiss. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(4), 932-945. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002062016>
- Noal, D.S. & Vicente, L.N. (2011a). *End of Mission: Região Serrana do Rio de Janeiro*. Janeiro de 2011. Médicos Sem Fronteiras Brasil. [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal D.S. & Vicente, L.N. (2011b). *Eprep Saúde Mental: Desastres Naturais no Brasil*. Centro Operacional de Bruxelas. Departamento de Operações. Médecins Sans Frontières [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal D.S. & Vicente, L.N. (2013). *End of Mission: estratégia de saúde mental e atenção psicossocial pós incêndio na Boate Kiss – Santa Maria*. Centro Operacional de Bruxelas. Departamento de Operações. Médecins Sans Frontières [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal, D.S. & Stienen, V. (2013). *Brazil Emergency Assessment*. Médecins Sans Frontières: MSF-Brazil & OCB Emergency Unit [Relatório institucional sem acesso ao público].
- Noal, D. S.; Weintraub. A.C.M ; Vicente. L.N. & Knoblock, F. (2013, abr/jun). A atuação do psicólogo em situações de desastres: algumas considerações baseadas em experiências de intervenção.

- Enfrentamento de crises em situações de emergências e desastres ano XIII*, 62, 4-5. Recuperado em 17 de maio, 2016 em www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo57.pdf
- O'Keefe, P., Westgate, K. & Wisner, B. (1976). Taking the Naturalness out of Natural Disasters. *Nature*, Vol 260.
- Oliveira, M.H.P. (2009). A representação de si-mesmo em narrativas autobiográficas de escritores brasileiros. *Memorandum*, 17, 107-121. Recuperado em 01 de setembro, 2015 em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a17/oliv01.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório Mundial Da Saúde: a saúde mental pelo prisma da saúde pública*. Recuperado em 18 de dezembro, 2013 em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch1_po.pdf
- Organização Mundial da Saúde; War Trauma Foundation; Visão Global internacional (2015). *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. OMS: Genebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: guía para equipos de respuesta*. Área de preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en caso de Desastre. Washington DC: OPS. Recuperado em 11 de julho de 2018 em https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/60170/mod_resource/content/1/APOYOPSICOSOCIALENEMERGENCIASHUMANITARIASYDESASTRES.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Volver a construir mejor: atención de salud mental sostenible después de una emergencia*. Información general. OMS: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) & ACNUR. (2015). *Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental*. Recuperado em 11 de julho de 2018 em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/159202/9789243548531_spa.pdf;jsessionid=8322445A702C335F80D844EEDE869343?sequence=2
- Organización Panamericana de la Salud [OPAS] (2003). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C. Recuperado em 02 de setembro, 2015 em <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/SaludMentalTotal.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington, D.C. Recuperado em 01 de setembro, 2015 em <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/GuiaPracticadeSaludMental.pdf?ua=1>.
- Pantti, M., Wahljorgessen, K., Cottle, S. (2012). *Disasters and the media*. New York: Peter Lang Publishing.
- Patel, V. (2014a). Rethinking mental health care: bridging the credibility gap Intervention. *Intervention: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*. 12, Suppl 1, 15 – 20. Retrieved 11th July, 2018 from <https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/Patel%202014%20I%20bridging%20credibility%20gap.pdf>
- Patel, V. (2014b). Why mental health matters to global health. *Transcult Psychiatry*, 51(6), 777-89. Retrieved 11th July, 2018 from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363461514524473>

- Pedersen, D. et al. (2012). Political violence, natural disasters and mental health outcomes: developing innovative health policies and interventions. *Trauma and Global Health*. Retrieved 17th May, 2016 from http://www.mcgill.ca/trauma-globalhealth/files/trauma-globalhealth/tgh_final_report_2007-2011_0.pdf
- Pope, C. & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *British Medical Journal*, 311, 42-45. Retrieved 11 July from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550091/>
- Portaria Interministerial nº 2, de 6 de dezembro de 2012*. Institui o Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres. Recuperado em 07 de maio, 2018, em http://www.lex.com.br/legis_24042581_PORTARIA_INTERMINISTERIAL_N_2_DE_6.
- Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011*. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 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). Recuperado em 18 de setembro, 2015, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R & Rahman, A. (2007, september). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-77. Retrieved 11th July, 2018 from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Puy, A. & Romero, A. (1998). Claves para la intervención psicosocial en desastres. In A. M. Gonzáles (Ed.). *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicaciones*, pp. 497-515. Madrid: Síntesis.
- Quarantelli, E.L. (1998). Introduction: the basic question, its importance, and how is addresses in this volume. In E. L. Quarantelli. *What is a disaster? Perspective on the question*. London. New York: Routledge, pp. 1-7.
- Quarantelli, E.L. (2000). *Emergencies, disasters and catastrophes are different phenomena*. Delaware: University of Delaware. Retrieved 15th June, 2013 from <http://udspace.udel.edu/handle/19716/674>
- Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola). (2015). *Regulamento da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública* Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 08 de julho, 2018 em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
- Ribeiro, F.L. (2016). Disaster Profile and Risk Management System: Brazil. University of Delaware School of Public Policy & Administration. PhD Program in Disaster Science and Management International Aspects of Disasters (DISA6510). Recuperado em https://www.researchgate.net/profile/Flavio_Lopes_Ribeiro/publication/319991139_Brazil_Disaster_Profile_and_Risk_Management_System/links/59c57797aca272c71bb8e96e/Brazil-Disaster-Profile-and-Risk-Management-System.pdf 01 de julho de 2018.

- Rogoff, B. (2005). *A natureza Cultural do desenvolvimento humano*. Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed.
- Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. (2013). *Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres*. Recuperado em 14 de setembro, 2015, em <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/protocolo-de-desastres>.
- Souza, S.J. & Castro, L.R. (1998). Pesquisando com crianças: subjetividade infantil, dialogismo e gênero discursivo. *Psicologia Clínica: Pós Graduação e Pesquisa*. 9 (9), 83-115.
- Spence, P. R.; Lachlan, K. A.; Griffin, D. R. (2007). Crisis communication, race, and natural disasters. *Journal of Black Studies*, 37 (4), 539-562.
- Sphere Project. (2004). *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Oxford: Oxfam. Retrieved 17th May, 2016 from <http://www.sphereproject.org/handbook>
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. (1990). *Focus group research: exploration and discovery*. Newbury Park: Sage.
- Sumathipala, A., Siribaddana, S., & Perera, C. (2006). Management of dead bodies as a component of psychosocial interventions after the tsunami: A view from Sri Lanka. *International Review of Psychiatry*, 18 (3), 249-257. Retrieved 17th May, 2016 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753662>
- Summerfield, D. (2012a). A brief conversation with Arthur Kleinman about his support for the global mental health movement. *Institute of Psychiatry*. King's College: London.
- Summerfield, D. (2012b). Afterword: Against "global mental health". *Transcultural Psychiatry*. 49 (519). Retrieved 10th June, 2015 from <http://tps.sagepub.com/content/49/3-4/519>.
- Thiollent, M. (1996). *Metodologia da pesquisa-ação*. 7^a. ed. São Paulo: Cortez
- Thiollent, M. (1997). *Pesquisa-ação nas organizações*. São Paulo: Atlas.
- Toole, M.J.& Waldman, R.J. (1997). The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Annual Review of Public Health*, 18, 283-312. Retrieved 17th May, 2016 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/914372>
- Udomratn, P. (2008). Mental health and the psychosocial consequences of natural disasters in Asia. *International Review of Psychiatry*, 20 (5), 441- 444. Retrieved 1st May, 2015 from <http://dx.doi.org/10.1080/09540260802397487>.
- United Nations (2018). *Resolution Adopted By The General Assembly [A/RES/54/269]* Retrieved 1st June, 2018 from http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/54/269

- United Nations International Strategy for Disaster Reduction [UNISDR] (2005). *Hyogo framework for action 2005-2015: building the resilience of nations and communities disasters*. Extract from the final report of the World Conference on Disaster Reduction. Geneva: United Nations. Retrieved 1st June, 2015 from http://www.preventionweb.net/files/1037_hyogoframeworkforactionenglish.pdf
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (2009). *Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres*. Geneva, Suíça. Recuperado em 09 de setembro, 2015 em http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (2012a). *Disasters in numbers*. Retrieved 27th April, 2012 from http://www.unisdr.org/files/31685_factsheet2012.pdf.
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (2012b). *Como Construir Cidades Mais Resilientes: Um Guia para Gestores Públicos*. Geneva: WHO. Recuperado em 04 de maio, 2018 em https://www.unisdr.org/files/26462_guiagestorepublicosweb.pdf
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction (2013). *Implementation of the Hyogo framework for action: summary of reports 2007-2013*. Geneva: United Nations. Retrieved 10th June 2015 from http://www.unisdr.org/files/32916_implementationofthehyogoframeworkfo.pdf
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (2015). *Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030*. Geneva. Retrieved 1st September, 2015 from http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai_Framework_for_Disaster_Risk_Reduction_2015-2030.pdf
- Universidade Aberta do SUS & Universidade Federal de São Paulo (2016). *Gestão local de desastres naturais para a atenção básica*. Recuperado em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9036> em 12 de julho de 2018.
- Weintraub, A.C.A.M. (2011). Psychological work in humanitarian emergencies: some considerations and reflections based on two work experiences. *Saúde e Sociedade*, 20, 811-820.
- Weintraub, A.C.A.M., Noal, D.S., Vicente, L.N. & Knobloch, F. (2015). Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 19 (53), 287-298. Recuperado em 19 de agosto, 2105 em <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140564>.
- Whitley, R. & Crawford, M. (2005, February). Qualitative Research in Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (2). Retrieved 18th June, 2018 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15807227>
- World Health Organization; War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva.
- World Health Organization; United Nations High Commissioner for Refugees (2012). *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Major Humanitarian Settings*. Geneva: WHO.

- World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2013). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. WHO: Geneva
- World Health Organization & United Nations High Commissioner for Refugees. (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva: WHO. Retrieve 6th May, 2108 from http://www.who.int/mental_health/publications/mhgap_hig/en
- Valêncio, N. (2011). Desastres 'naturais' ou genocídio velado? Subsídios para um exame sociológico do caso brasileiro. *Anais do Congresso Internacional da Alas*, 2011, Recife, PE, Brasil, 8, 1-19.
- Valêncio, N.; Siena, M.; Marchezini, V. & Gonçalves, J.C. (orgs.) (2009). *Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil*. São Carlos: Rima.
- Van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bulletin of the WHO*, 83 (1), 71-77. Retrieved 17th May, 2016 from http://www.who.int/mental_health/media/mental_and_social_health_in_emergency.pdf
- Vazquez, A. S. (1977). *Filosofia da Práxis*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- Veiga, L. & Gondim, S.M.G. (2001). A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. *Opinião Pública*. 2(1), 1-15. Recuperado em 10 de junho de 2017 em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762001000100001>
- Vicente, L.N., Weintraub, A.C.A.M., Noal, D.S., Meneses, S.S., Tavares, A.S., Torres, T., Almeida, L.B., Amorim, I., Novelli, A.B., Sangoi, J., Pedroza, R.L.S., Pulino, L.H.C.Z. (no prelo). *Saúde mental e desastres: uma revisão sistemática*.
- Vygotsky, L.S. (1991). *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes.

ANEXOS

**ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA OS ENTREVISTADOS**



Universidade de Brasília-UnB

Instituto de Psicologia - IP

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED

Coordenação do Programa de Pós-Graduação: Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde – PG-PDS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PARA OS ENTREVISTADOS

Eu, Débora da Silva Noal, Venho pelo presente, solicitar sua participação no desenvolvimento da pesquisa intitulada “**ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL: ANALISANDO DIRETRIZES E AÇÕES PARA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE DESASTRES**”, sob orientação da **Prof^{ma}. Dr^a. Regina Lucia Sucupira Pedroza**, com o objetivo de analisar diretrizes operacionais que apontem subsídios para conformação de uma estratégia nacional de atenção psicossocial e saúde mental na gestão integral de riscos e de desastres. Para alcançar o objetivo proposto lhe convido a participar do estudo para que possa contribuir com as informações sobre Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Gestão Integral de Riscos e de Desastres. Caso aceite, o nosso encontro para a entrevista será marcado segundo a sua disponibilidade em local e horário por você determinado. A entrevista será gravada em meio digital. Após a entrevista farei a transcrição da mesma que será entregue a você para que confirme as informações dadas. As informações poderão ser alteradas e completadas se você assim desejar. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar o seu consentimento, para isso basta entrar em contato pelo telefone ou e-mail abaixo. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com a pesquisadora. Asseguramos que todas suas informações serão utilizadas somente pelas pesquisadoras nos resultados da investigação divulgadas em publicações científicas e acadêmicas. O seu nome será publicado junto as suas falas, se assim o permitir, ou poderá ser mantido em sigilo, se assim o desejar, e desta forma suas informações aparecerão no texto de forma anônima e em conjunto com as respostas de outros participantes da investigação. Para possíveis questionamentos sobre este trabalho, o presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma cópia em seu poder, onde consta o endereço e o telefone das pesquisadoras e do Comitê de Ética e Pesquisa.

Atenciosamente as pesquisadoras Débora Noal e Regina Lucia Sucupira Pedroza, Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, ICC-Sul, Asa norte, Brasília-DF; email: noaldebora@gmail.com; telefone: (61) 981422017.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa. _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Participante _____ Assinatura da Pesquisadora _____.

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA OS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS**



Universidade de Brasília-UnB
 Instituto de Psicologia - IP
 Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação: Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
 – PG-PDS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO GERAL DE IMAGEM, FALA E SOM DA VOZ

Eu, _____, nascido(a) no dia / / , de nacionalidade _____, residente e domiciliado(a) à _____, Cidade de _____, Estado _____, profissão _____, portador(a) da Cédula de Identidade RG nº _____, e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____. Telefone: _____, doravante denominado simplesmente de “Autorizador”, na melhor forma do direito, de maneira livre, espontânea, sem qualquer vício de consentimento ou de vontade:

AUTORIZO

A pesquisadora Débora da Silva Noal, a fazer uso da imagem, fala e som da voz devidamente identificado o autor (nome e relação estabelecida com os desastres), mediante a observação das seguintes condições:

1. A utilização da imagem, som da minha voz, doravante em conjunto denominados simplesmente de “Conteúdo Autorizado”, será permitido para fins acadêmicos, educacionais ou institucionais, de forma inteiramente gratuita, a título universal, em caráter total, definitivo, irrevogável e irretirável, em especial para compor a metodologia de pesquisa e entrevistas captadas ou a serem captadas para o projeto de pesquisa: **“ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SAÚDE MENTAL: ANALISANDO DIRETRIZES E AÇÕES PARA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE DESASTRES”**

2. A pesquisadora poderá praticar os seguintes atos relacionados ao Conteúdo Autorizado:

- a) Identificar o conteúdo da entrevista com a identificação pessoal do entrevistado
- b) Captar por intermédio de qualquer mecanismo ou meio tecnológico disponível para tanto;
- c) Editar, reeditar, tratar, modificar, alterar, recortar, compilar, agrupar ou de qualquer modo complementar o Conteúdo Autorizado para que componha obras intelectuais, obras coletivas ou para a criação de obras derivadas;
- d) Transferir, migrar, deslocar, alterar ou de qualquer forma mudar o formato ou extensão do suporte ao qual o Conteúdo Autorizado tenha sido capturado, seja de físico para digital, digital para físico ou de digital para digital (mudança de tipo de arquivo digital);
- e) Transmitir o suporte que contenha Conteúdo Autorizado através de qualquer meio, seja eletrônico, digital, magnético, fibra ótica, ou qualquer outro que venha a ser inventado;
- f) Armazenar, agrupar ou de qualquer forma organizar o suporte em que esteja inserido o Conteúdo Autorizado, seja em banco de dados, servidores internos, externos, de maneira íntegra ou fracionada, ou ainda em dispositivos de armazenamento móveis, como pen drives, CD, DVD, Blue-Ray e similares;

3. Reconhece expressamente o Autorizador que a Pesquisadora, na qualidade de detentora dos direitos patrimoniais de autor de quaisquer obras em que o Conteúdo Autorizado possa ser inserido, e tendo em vista a autorização efetuada neste termo, poderá a Pesquisadora, a seu exclusivo critério, utilizar o Conteúdo Autorizado livremente, bem como seus extratos trechos ou partes, da forma que achar mais conveniente.

_____, ____ de _____ de _____.

 AUTORIZADOR

 PESQUISADORA

**ANEXO C - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS ENTREVISTADOS
INDIVIDUALMENTE**



Universidade de Brasília-UnB
Instituto de Psicologia - IP
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED
Coordenação do Programa de Pós-Graduação: Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde – PG-PDS

Nome: _____ Profissão: _____ Data da entrevista: _____ Local da entrevista: _____
 Nombre: _____ Ocupación: _____ Entrevista Fecha: _____ Entrevista Ubicación: _____

PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA INDIVIDUAL
PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

- 1. O que é pra você saúde mental e atenção psicossocial em desastres?**
 1. ¿Qué es para usted la salud mental y atención psicosocial en desastres ?
- 2. Qual a sua relação com a temática?**
 2. ¿Cuál es su relación con el tema?
- 3. Em sua opinião quais seriam as diretrizes orientadoras de uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil?**
 3. En su opinión, ¿cuáles son las directrices de una estrategia sobre la salud mental y atención psicosocial en desastres en Brasil?
- 4. Em sua opinião quais são os atores centrais da organização de um desastre no Brasil?**
 4. En su opinión, ¿cuáles son los actores clave en la organización de un desastre en Brasil?
- 5. Se você fosse o responsável por organizar uma estratégia de saúde mental e atenção psicossocial em desastres no Brasil, quais seriam as suas principais ações e deliberações?**
 5. Si usted fuera el encargado de organizar una estrategia sobre la salud mental y la atención psicosocial en desastres en Brasil , lo que sería sus principales acciones y decisiones ?
- 6. Em sua opinião quais são os maiores desafios para a elaboração de uma estratégia nacional de gestão integral de saúde mental e atenção psicossocial em desastres?**
 6. En su opinión ¿cuáles son los mayores retos para el desarrollo de una estrategia nacional de gestión integrada para la salud mental y la atención psicosocial en desastres?

ANEXO D- ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL



GRUPO FOCAL

I SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE SAÚDE MENTAL NA GESTÃO INTEGRAL DE RISCOS E DE DESASTRES

- **Tema:** conformação de uma estratégia nacional de saúde mental e psicossocial em gestão integral de riscos e de desastres.
- **Palavras norteadoras para cada um dos grupos:** prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação.
- **Divisão dos grupos de participantes em 3 eixos segundo o quadrilátero:**
 - grupo 1:** gestão (prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação)
 - grupo 2:** educação\formação (prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação)
 - grupo 3:** atenção (prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação)
 - grupo 4:** controle social (prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação)

**Ficha de inscrição no I Simpósio Internacional de Gestão Integral de Riscos e de Desastres
Público Alvo: Profissionais, Gestores e Técnicos do SUS e Defesa Civil, Emergencistas,
Professores, Pesquisadores e Alunos de Graduação e Pós-Graduação com interesse e
experiência em emergências, eventos críticos e Desastres.**

Cotas por categoria a serem selecionadas na internet (140 vagas):

Gestores municipais, estaduais e federais SUS +SUAS+Defesa Civil (37)

Técnicos SUS + SUAS+ Defesa Civil + Emergencistas (44)

Professores, Pesquisadores (25)

Estudantes graduação e pós (25)

Comissão organizadora + convidados MS + OPAS (39)

total = 170

Critérios de seleção:

1º Critério: Ter uma relação de trabalho, estudo e\ou pesquisa já consolidado na área

2º Interesse pela temática saúde mental em situações de Desastres

3º Aplicabilidade do tema na área de atuação

4º Desenvolver e\ou estar desenvolvendo pesquisa, ensino ou extensão no tema

ANEXO E - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O I SISMGIRD

Formulário de Inscrição:

O I Simpósio Internacional de Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e de Desastres debaterá junto a gestores, trabalhadores, sobreviventes e pesquisadores de saúde mental e atenção psicossocial, a conformação de estratégias de saúde mental baseadas na gestão integral de riscos e de Desastres. Neste sentido as inscrições serão analisadas pelo comitê gestor do evento, a fim de que todas as categorias prioritárias sejam contempladas. Tendo em vista o número restrito de vagas disponíveis, **apenas as primeiras inscrições que atenderem aos critérios prioritários de seleção receberão um e-mail confirmando a vaga no evento.** Para possíveis dúvidas, favor entrar em contato através do e-mail: pesquisadesastres@unb.br ou através do site do evento.

Nome Completo:

CPF:

Idade

E-mail: _____

Telefone para contato: Residencial: () _____ **Celular:** () _____

Endereço: _____

UF: () DF

() colocar aqui todos os estados para marcar

Instituição: _____

Formação: _____

Categoria Profissional:

Gestor SUS

Gestor Defesa Civil

Gestor SUAS

Trabalhador do SUS

Trabalhador DEFESA CIVIL

Trabalhador SUAS

Profissional da Saúde Mental não vinculado ao SUS\SUAS\Defesa Civil

Emergencista não vinculado ao SUS\SUAS\Defesa Civil

Trabalhador da Ajuda Humanitária

Professor, Pesquisador.

Estudante de graduação e/ou pós-graduação.

Outros.

Especifique: _____

Línguas que entende com fluência:

Português

Inglês

Espanhol

Você já teve alguma experiência na área de Desastres?

Sobrevivente

Trabalhador

Gestor

Pesquisador\ Professor

Outros. Especifique: _____

Qual a sua relação com a temática “Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e de Desastres”?
(500 caracteres)

Como você relaciona Saúde Mental na Gestão Integral de Riscos e Desastres com a sua área de atuação\estudo\pesquisa\interesse? (500 caracteres)

Brevemente, justifique porquê você deve ser selecionado. (500 caracteres)

**ANEXO F - TEXTOS QUE SUBSIDIARAM AS DISCUSSÕES
DOS GRUPOS FOCAIS NO I SISMGIRD**

1. Van Ommeren, M.; Saxena, S.; Saraceno, B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization* | January 2005, 83 (1)
2. Pedersen. Duncan. Replanteando la violencia y el trauma como un desafio global Mexico, 10 Marzo 2015. Congreso Internacional de la Psiquiatría a la comunidad.
3. Pedersen. Duncan Seminario de Antropología Médica Instituto de Saúde Coletiva - UFBA A few ethnographic notes concerning violence in Brazil Dr. Duncan Pedersen Bahia, July 1994
4. Batniji, R.; Van Ommeren, M.; Saraceno, B. Mental and social health in disasters: Relating qualitative social science research and the Sphere standard. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 1853–1864. Disponível em http://docs.wixstatic.com/ugd/593eed_810018652f314d7aabe4aaf7cc8233d7.pdf.
5. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013.
6. Stranz. E.; Boselli, E.; Alencar, A. Estudo Técnico/CNM - Maio de 2010 Desastres naturais no Brasil. Análise da portarias de Situação de Emergência e Estado de Calamidade Pública de 2003 a 2010.
7. Reginaldo,T.; Pacheco.D.C; Baldessar, M.J.; Franzoni, M.D. REDUÇÃO DE RISCOS DE DESASTRES NA PRÁTICA: a participação da Defesa Civil e do município em plataformas digitais de redes sociais. *Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico* (ISSN 2175-9391), nº 9, p. 66-87, 2013.

8. Spink, Mary Jane Paris. (2014). Viver em áreas de risco: tensões entre gestão de desastres ambientais e os sentidos de risco no cotidiano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3743-3754. <https://dx.doi.org/10.1590/141381232014199.01182014>
9. Sociologia dos desastres – construção, interfaces e perspectivas no Brasil / organizado por Norma Valencio, Mariana Siena, Victor Marchezini e Juliano Costa Gonçalves – São Carlos : RiMa Editora, 2009.
10. Carmo, Roberto Luiz do, & Anazawa, Tathiane Mayumi. (2014). Mortalidade por desastres no Brasil: o que mostram os dados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3669-3681. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.07432014>
11. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia. Curso à distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED, 2010.
12. Favero, Eveline, Sarriera, Jorge Castellá, & Trindade, Melina Carvalho. (2014). The disaster on the psychological and sociological perspective. *Psicologia em Estudo*, 19(2), 201-209. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-737221560003>
13. Valencio, Norma Felicidade Lopes da Silva. (2014). Desastres: tecnicismo e sofrimento social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3631-3644. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.06792014>
14. Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia. Curso à distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED, 2010.

15. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2015. 56p.: il. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2).
16. Protección de la Salud Mental en Incidentes Críticos, La Red PROSAMIC “Una Red para la protección de la Salud Mental en la Provincia de Buenos Aires”
17. Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015- 2030 UNISDR/GE/2015 - ICLUX ES 1a edición. Retirado de: https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf
18. World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: WHO, 2015.
19. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
20. Organização Mundial da Saúde, War Trauma Foundation e Visão Global internacional (2015). Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo. OMS: Genebra
21. Kirmayer, L.J., Kienzler, H., Afana, A. & Pedersen, D. (2010). Trauma and disasters in social and cultural context. In: D. Bhugra & C. Morgan, (Eds.) Principles of Social Psychiatry (2nd edition) (pp. 155-177), New York: Wiley-Blackwell.
22. Bustamante Chavez, I.; Rivera Holgin, M.; Matos Retamozo, L. (2013). Violencia y Trauma en el Perú: Desafíos y Respuestas. UPCH: Lima.