Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"A Atenção Psicossocial e as intervenções geradas em contextos de desastre: a experiência de profissionais em Teresópolis"

por

Lúcia Rios da Silva Benevides

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Simone Santos Silva Oliveira

Rio de Janeiro, março de 2015.

Catalogação na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

B465a Benevides, Lúcia Rios da Silva
A atenção psicossocial e as intervenções geradas em contextos de desastre: a experiência de profissionais em Teresópolis. / Lúcia Rios da Silva Benevides. -- 2015.
76 f. : il.

Orientador: Simone Santos Silva Oliveira
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Psicologia Social. 2. Desastres. 3. Emergências. 4. Resiliência Psicológica. 5. Apoio Social. I. Título.
CDD – 22.ed. – 302

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"A Atenção Psicossocial e as intervenções geradas em contextos de desastre: a experiência de profissionais em Teresópolis"

apresentada por

Lúcia Rios da Silva Benevides

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas

Prof.ª Dr.ª Simone Santos Silva Oliveira – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 26 de março de 2015.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

LÚCIA RIOS DA SILVA BENEVIDES

A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS INTERVENÇÕES GERADAS EM CONTEXTOS DE DESASTRE: A EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS EM TERESÓPOLIS

RIO DE JANEIRO
2015

LÚCIA RIOS DA SILVA BENEVIDES

A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS INTERVENÇÕES GERADAS EM CONTEXTOS DE DESASTRE: A EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS EM TERESÓPOLIS

Projeto de pesquisa referente à dissertação de mestrado, do curso Mestrado em Saúde Pública, subárea Saúde, Trabalho e Ambiente, ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a ser submetido à avaliação da banca de qualificação.

Orientadora: Profª Drª Simone Oliveira

RIO DE JANEIRO

2015

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS 4

LISTA DE TABELAS E FIGURAS 5

RESUMO 6

ABSTRACT 7

AGRADECIMENTOS 8

INTRODUÇÃO 10

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES SOBRE DESASTRES 15

1.1 O que é um desastre? 15

1.2 O desastre da Região Serrana de 2011 21

CAPÍTULO 2 – PSICOLOGIA EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES 24

2.1 PED: um breve panorama 24

2.2 Os protocolos e as indicações de intervenção psicológicas 25

2.3 O conceito de resiliência 29

CAPÍTULO 3 – A CONCEPÇÃO VITALISTA E ATIVIDADE **32**

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA **36**

CAPITULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO 40

5.1 O Evento em Teresópolis 40

5.2 As Instituições e Organizações 45

5.3 A Atuação de Profissionais e Voluntários 56

CONSIDERAÇÕES FINAIS **63**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **66**

APÊNDICE I 73

TCLE 74

LISTA DE SIGLAS

ABRAPEDE	Associação Brasileira de Psicologia nas Emergências e Desastres
ALERJ	Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
AVIT	Associação de Vítimas da Chuva
BOPE	Batalhão de Operações Especiais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CC	Centro de Convivência
CEMADEN	Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais
CEPED	Centro de Estudos e Pesquisa em Desastres
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
CV	Cruz vermelha
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental
EMOP	Empresa de Obras Públicas
EUA	Estados Unidos da América
FESO	Fundação Educacional Serra dos Órgãos
FESPSI	Força Especial de Suporte Psicológico
FMHIS	Fundo Municipal de Habitação de Interesse Social
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MI	Ministério da Integração Nacional
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGS	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PC	Psicologia Cognitiva
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SEDUC	Secretaria de Estado de Educação
SM	Saúde mental
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCU	Tribunal de Contas da União
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1 Bairro de Campo Grande 41

Figura 2 Capela de São Sebastião, Posse 42

Figura 3 Equipes de resgate, Caleme..... 42

RESUMO

Os efeitos de um desastre sobre a saúde se manifestam tanto no físico, quanto no mental e no social. Tradicionalmente, os aspectos emergenciais mais abordados e priorizados em um desastre são: a atenção médica imediata, aspectos de infraestrutura local, aspectos de saneamento básico e o risco de uma epidemia, pouco falando-se sobre os aspectos simbólicos e seus ecos na dinâmica de uma vida em comunidade. Recentemente, a atenção psicossocial vem ganhando espaço na assistência dada em eventos catastróficos. Sendo assim, faz-se necessário discutir a atuação dos profissionais, em destaque aqui o psicólogo e suas técnicas. Em janeiro de 2011, o Brasil vivenciou um dos mais impactantes eventos extremos de sua história: a catástrofe serrana, na qual enchentes e deslizamentos de terra atingiram milhares de pessoas. Este evento até hoje gera desdobramentos políticos, sociais e econômicos para o país, reestruturando instituições e campos de atuação e formação voltados para *o agir em competência* nos desastres. Buscamos identificar as instituições, suas normas e ações que sustentaram o suporte psicológico aos afetados na cidade de Teresópolis por pelo menos um ano após a tragédia, na perspectiva de contribuir para a atenção psicossocial. Em nossos resultados, observamos que a Psicologia em Emergências e Desastres (PED) possui no país uma predominância da abordagem cognitivista. Poucas interações foram observadas entre a Cruz Vermelha, a Associação de Vítimas, a Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis e os Médicos Sem Fronteiras no município de Teresópolis. Nas considerações finais apontamos que para dar conta desta demanda social e política, a Psicologia em Emergências e Desastres precisa fazer parte dos currículos de formação, na qual as discussões sobre saúde e direito integrantem e fundamentem essa abordagem. É essencial que a psicologia se debruce sobre modos de enfrentamento dos desastres, que contemplem o controle social e público na criação de políticas de prevenção. Uma aposta na potencialização do exercício da cidadania por esses grupos, sem considerar o sofrimento dos afetados como algo crônico e medicalizante, ou mesmo assumir uma postura assistencialista.

Palavras-chave: Psicologia em Emergências e Desastres, resiliência, Desastre.

.

ABSTRACT

The effects of disaster on health are manifested in the physical, the mental and social. Traditionally, the most discussed aspects of emergency and prioritized in a disaster are immediate medical attention, local infrastructure issues, sanitation issues and the risk of an epidemic, little is talking about the symbolic aspects and its echoes in the dynamics of a community life. Recently, psychosocial care is becoming more popular in the given assistance in catastrophic events. Therefore, it is necessary to discuss the training of health professionals, highlighted here the psychologist and techniques, aimed to enhance the autonomy of the assisted through an activity that presents in itself a values debate. In January 2011, Brazil experienced one of the most impressive extreme events in its history: the mountainous catastrophe, where flooding and landslides have reached thousands of people. This event today generates political, social and economic consequences for the country, restructuring institutions and activities and training courses aimed at competent to act in disasters. Then we seek to identify the institutions, norms and actions that sustained psychological support to those affected in the city of Teresopolis for at least one year after the tragedy, in order to contribute to building a psychosocial care model of the same. In our results, we observed that the Psychology of Emergencies and Disasters (PED) has in Brazil a predominance of cognitive approach. Few interactions were observed between the Red Cross, Victims Association, the Municipal Health Department of Teresopolis and Doctors Without Borders in the municipality of Teresopolis. In the final considerations that aim to fulfill this demand social and political psychology in Emergencies and Disasters needs to be part of the training curriculum, in which discussions on health and integrantem right and justify this approach. It is essential to look into the psychology of disaster coping strategies that address the social and public control in the creation of prevention policies. A bet on enhancement of citizenship by these groups, regardless of the suffering of those affected as something chronic and medicalized, or even take on a paternalistic attitude.

Key words: Psychology of Emergencies and Disasters, Resilience, Disaster.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de inspiração e paz para o desenrolar deste trabalho com todo o acolhimento e empatia demandado.

A um mundo no qual a ética e o respeito ao próximo sejam priorizados.

Aos familiares, por todo o apoio, incentivo e paciência .

A minha orientadora, por sempre acreditar e investir.

A todos os profissionais que se envolveram no evento de 11 de janeiro de 2011, e a todas as famílias afetadas que nos permitiram fazer parte de suas histórias de vida.

Veja
Não diga que a canção está perdida
Tenha fé em Deus, tenha fé na vida
Tente outra vez

Beba
Pois a água viva ainda está na fonte
Você tem dois pés para cruzar a ponte
Nada acabou, não não não não

Tente
Levante sua mão sedenta e recomece a andar
Não pense que a cabeça aguenta se você parar,
Não não não
Há uma voz que canta,
Uma voz que dança,
Uma voz que gira
Bailando no ar

Queira
Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo, vai
Tente outra vez

Tente
E não diga a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida
Tente outra vez (RAUL SEIXAS,1975)

Introdução

Esta dissertação apresenta como eixo temático central a atenção psicossocial à saúde e as estratégias de intervenção geradas em fase de pós-desastres para suporte aos afetados, tendo como contexto e campo de pesquisa o evento extremo na região serrana de janeiro de 2011, e em especial na cidade de Teresópolis. Minha participação direta enquanto voluntária no período imediato ao evento foi a principal motivação para o desenvolvimento deste trabalho, a partir da observação da grande demanda por suporte psicossocial. Moradora da cidade de Teresópolis, recém-formada em psicologia na data da catástrofe, busco compartilhar as inquietações deixadas por essa experiência de voluntária no atendimento aos afetados, de maneira a contribuir para o debate da atuação de profissionais de atenção psicossocial em eventos extremos.

Dentre as mais diversas questões surgidas, da ordem do encontro, moveram este trabalho aquelas que buscam entender como dar continuidade ao acompanhamento das famílias atingidas de maneira a garantir esse direito dos afetados. Quais as instituições podem assumir essa demanda? Quais seriam as articulações necessárias nesse contexto? Visamos então primeiramente conhecer como se configura a rede de atenção psicossocial no momento imediato ao desastre a partir da atuação dos profissionais da psicologia, identificar as normas que orientam essas ações e conhecer os ingredientes necessários para *o agir em competência* neste contexto.

Referendamos-nos no código de ética dos Psicólogos que dita em seu Art 1° alínea d que é dever fundamental dos psicólogos prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal. Segundo o EM-DAT (Emergency Disaster DataBase) para um evento ser classificado como catástrofe/calamidade, deve seguir quatro critérios: ter mais de 10 vítimas fatais; ter afetado a 100 ou mais pessoas; ter obrigado a declarar estado de emergência e ter sido obrigado a solicitar apoio internacional. Já segundo a EIRD (Estratégia Internacional para a Redução de Desastres), desastre é a interrupção do funcionamento da comunidade/sociedade que causa perdas humanas, material, econômicas ou ambientais; compromete rotinas, oferta de serviços e a produtividade local; evidenciam cenário de injustiças sociais e de construção

social do risco, refletindo a vulnerabilidade socioambiental das comunidades e sua capacidade de resposta (INPE, 2010).

A atenção psicossocial deve sempre objetivar a reintegração dos indivíduos à vida em sociedade e a coesão social (OPAS, 2002). Essa diretriz da Organização Panamericana de Saúde para atuação em desastres "naturais", feita de forma sucinta, ao ser esmiuçada, nos permite perceber a complexidade desta enunciação. Por "atenção psicossocial", compreendemos que processos cognitivos individuais, como pensamento, memória, aprendizagem, percepção, bem como as emoções, coexistem numa dialética com a compreensão estrutural da sociedade, que nos demanda uma análise histórica e territorial.

Para que o processo de "reintegração dos indivíduos à vida em sociedade" adotado durante o período de pós-desastre seja eficaz, o conceito ampliado de saúde precisa ser trabalhado numa perspectiva ecossistêmica, que leva em conta a compreensão do problema em seu contexto e complexidade, com uma intervenção local, envolvendo na solução dos problemas os mais diversos atores sociais (governantes, população, empresários, trabalhadores, etc.), engajados numa participação na construção social da mudança através das mais diversas interações de papéis (homem, mulher, criança, idoso) (Minayo, 2013). Essa abordagem leva em conta uma perspectiva inter e transdisciplinar, na qual a saúde pode e deve ser associada aos processos produtivos integrantes do modelo econômico vigente, bem como à categoria *território*, facilitando o entendimento integrado de que questões ambientais e sociais são cada vez mais importantes num mundo globalizado com enormes desafios de justiça social e sustentabilidade ambiental (Porto et al. 2013).

Os territórios são formados por processos simbólicos, políticos e sociais, mas também por um ecossistema (rios, vegetação, relevo, paisagem, clima, etc.) que vem sendo degradado pela forma de relação e ocupação dos mesmos, ao considerarmos a natureza apenas como fonte de matéria prima para os processos produtivos. Essa relação verticalizada e dominante vem gerando os mais diversos impactos, cada vez mais intensos, também no Brasil.

Nas discussões sobre o conceito de risco, apresentam-se duas concepções, uma "realista", que considera a capacidade de se quantificar e objetivar as situações de risco, e uma construtivista, na qual Giddens é uma das principais referências (INPE, 2010). Giddens (1991) nos fala sobre a construção do risco, produzido e assumido socialmente em

diferentes proporções. O risco é um *rasgo* da modernidade. A modernidade implica que sou consciente de meus próprios atos e que posso modificá-los, sou eu que tomo uma decisão, trazendo uma impressão de segurança, certeza e controle sobre os efeitos da ação. Trata-se de uma confiança centrada nas pessoas e nas prescrições. Porém, o desenvolvimento, a atividade industrial, bem como a globalização, gerou riscos antes desconhecidos e somos todos afetados por essas mudanças, inclusive a crença em um absoluto controle e crença no constante progresso (Giddens, 1991, p.12). A globalização é vista então ora como dinamizadora do desenvolvimento, ora como causa de maiores perturbações socioeconômicas, quando ela coloca a dominação hegemônica de centro para as periferias, sem considerar que essas dominações se opõem, comprometendo o processo de democratização. Esse afrontamento gera sociedades da ambivalência, sociedades de risco. Giddens lança mão do termo "modernidade reflexiva" (1991, p.13), pois acredita nos reflexos imprevistos de nossas atividades como uma sequência da modernidade, numa reorganização do ambiente, alegando que o termo "pós-modernidade" traz uma ideia de algo concluído. A então racionalidade científica que passou a determinar a lógica da racionalidade social na modernidade nos gerou uma dependência que dita o que pode ser ou não considerado risco através de sistemas abstratos de confiança onde a segurança e a ansiedade coexistem, como por exemplo, a padronização das *taxas aceitáveis de poluição*, ou as classificações de risco *alto, médio, baixo*. Ao não se considerar os limites do uso da racionalidade científica gera hoje uma crise do conhecimento perito pelas consequências imprevistas, e hoje o risco está incorporado a nossa própria maneira de ser, sendo o mundo cultural e social completamente influenciado pelo conhecimento humano reflexivo. O autor afirma ainda que a posição social é o que conta em alguns riscos. Sendo assim, a desigualdade social reflete não apenas na distribuição material de riquezas, mas também na distribuição dos riscos.

Embora exista esta demanda por controle e planejamento por parte da humanidade, esses sistemas abstratos de segurança transbordam em sua capacidade de previsão dos reflexos da relação homem-ambiente-industrialização, e a concepção, desde a modernidade, do risco enquanto algo exógeno, algo dado e não construído socialmente, vem favorecendo mundialmente para o encontro entre essa reação da natureza às diversas formas de apropriação que ela sofre e a vulnerabilidade social, que compromete a resposta local. Ou

seja, vem fomentando os desastres. No Brasil não tem sido diferente, e corroboram os nossos apontamentos os dados do atlas sobre os desastres naturais ocorridos em todo o território brasileiro, publicado pelo Centro de Estudo e Pesquisas em Desastres (CEPED/UFSC) em 2012, nos aponta para um aumento de 268% dos desastres no país na década de 2000 em relação a década anterior (1990). De acordo com esse Atlas, só no Brasil, entre 1991 e 2010 cerca de 2,5 mil mortes em 31.909 desastres foram notificados em nosso país com mais de 96 milhões de pessoas afetadas (CEPED/UFSC, 2012).

Este Atlas revela ainda que embora as regiões sul e sudeste sejam as que apresentam maior número de desastres intensivos, com grande número de mortos e afetados por um evento brusco; a seca e estiagem, considerados desastres naturais extensivos, são os que mais apresentam número de afetados, estando o Nordeste como a segunda região com maior número de mortos por desastres naturais no país, atrás somente da região Sudeste. As inundações bruscas, os movimentos de massa, as inundações graduais, a seca e a estiagem são as causas principais de morte no Brasil por desastres naturais, sendo os deslizamentos os de maior índice de letalidade (CEPED, 2012). Note-se que para cálculo dessas proporções ainda não haviam incorporado os altíssimos números sobre as perdas e danos referentes a catástrofe serrana, ocorrida em janeiro de 2011, quando chuvas fortes ocasionaram um grande deslizamento de terra e inundação na região serrana do Rio de Janeiro. Nos perguntamos então como chegamos até 2011 sem nenhum preparo para lidar com este tipo de evento? Como podem os desastres terem sido tão naturalizados em nosso território? Novamente, ratificamos aqui o conceito de modernidade reflexiva, na qual essa crença na capacidade de controlar os riscos, através dos sistemas abstratos de confiança e no pensamento de que a natureza age de forma assistemática, sem refletir a nossa participação enquanto sociedade, e a consequência de nosso modelo de desenvolvimento socioeconômico nesta relação dialética fomentaram esta cultura da naturalização dos eventos extremos. Embora nosso modelo de desenvolvimento econômico incentive a individualização dos modos de vida, é necessário ter em mente que a sinergia dos riscos promove consequências coletivas.

Nosso trabalho foi então norteado pelas seguintes inquietações: Qual deve ser a atenção psicossocial ofertada aos afetados? Quais competências são demandadas para atuação em um cenário de calamidade? Quais experiências contribuem para esta atuação?

A partir dessas questões, este estudo busca discorrer de que maneira esta ação é normatizada e operacionalizada e os efeitos gerados por esta ação local. Tivemos como foco a dimensão social do trabalho gerado por essas instituições, a formação do profissional e sua intervenção nos territórios (levando em conta a dinâmica exigida pela atividade), considerando que sua atividade deva potencializar a participação social local numa dialética entre assistido-assistente.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: primeiramente buscamos pontuar algumas discussões sobre o tema de desastres naturais, situando o histórico de eventos em território brasileiro a partir da década de 90. Em seguida, apresentamos o evento da região serrana e alguns dados gerais. No capítulo dois trazemos as discussões existentes na literatura científica sobre o modelo de suporte psicológico ofertado em contexto de emergência e desastres. No terceiro capítulo apresentamos os conceitos de saúde e atividade, os quais aqui são nossos referenciais teóricos para uma discussão de produção de saúde e trabalho. Em seguida, no capítulo quatro, apresentamos a metodologia qualitativa, com os procedimentos adotados e a análise dos dados de campo. Nos resultados, trazemos narrativas de profissionais que trabalharam na cidade de Teresópolis, de acordo com as instituições pertencentes e o enfoque teórico dado pelas mesmas. Por fim, fazemos algumas considerações a partir dos resultados apresentados na perspectiva de contribuir para ações e políticas de atenção psicossocial em contextos de emergência e desastres.

Capitulo 1 – Considerações sobre Desastres

Partimos dos debates acerca do conceito de *desastre* evidenciando-o enquanto evento analisador. Ele dá visibilidade a diversas ações ou omissões políticas que cotidianamente influenciam na formação de subjetividades. O desastre enquanto evento dá ênfase a relação inversamente proporcional existente entre o cumprimento dos direitos humanos e a demanda pela assistência humanitária necessária, pois, em lugares onde mais se respeitam os direitos humanos e o exercício da cidadania, são os que menos precisam acionar essa assistência. Os desastres apontam para dimensões objetivas/estruturais e subjetivas tanto na forma como são produzidos, como também são vivenciados através dos diversos sentidos dados nos seus territórios. São perdas materiais, ambientais e simbólicas (de cunho identitárias) existentes numa relação entre sociedade e natureza que revela a organização espacial e econômica de um mundo globalizado. São as evidências das relações de poder vindo à tona, as disputas de dependências, de significados, a distribuição e concentração de riquezas, os embates de domínio e controle, que constroem as iniquidades sociais presentes (Valencio, 2008; Marandola Jr, 2009).

1.1 - O que é um desastre?

De acordo com o dicionário Latino-Português (1975) a palavra desastre possui sua origem latina, na qual o prefixo *dis* relaciona-se com o sentindo de "distância" e *astér* significa "astro", "estrela". Literalmente falando, desastre significa "astro distante". Podemos dizer que possivelmente os latinos atribuíssem ao desastre uma conotação de azar, bem como ouvimos alguém dizer, por um infortúnio, que sua "estrela da sorte o abandonou". Não muito distante desta lógica de pensamento, ainda pode-se ouvir hoje, até mesmo de autoridades públicas, um grande processo de culpabilização da chuva, dos rios, das ondas, tremores e demais causas naturais pelos desastres. Principalmente no Brasil, desde uma educação primária, carregamos em nosso acervo científico as informações de que aqui não temos desastres, porque aqui não temos furacões, nem terremotos. Realidade esta que vem sendo desconstruída não só pela chegada do Catarina em 2004 no sul do país, mas também com o efeito das secas no nordeste brasileiro, das enchentes e deslizamentos

vivenciados nas últimas décadas. Bruggeman (2009) afirma a necessidade de conhecermos melhor os sinais da natureza, seus fluxos e interações para que melhor nos previnamos e nos relacionemos com ela, pois os danos, a intensidade e a ocorrência são proporcionalmente ligados ao grau de vulnerabilidade local.

O Marco de Ação de Hyogo, instrumento que apresenta as estratégias compactuadas internacionalmente para a redução de riscos a desastres entre 2005 – 2015, define desastre como o encontro entre ameaças, vulnerabilidades e condições locais. Ou seja, os desastres não são naturais, são produzidos socialmente (Freitas et al, 2012). As ameaças sim são naturais, mas seus impactos variam de acordo com a organização e condições de enfrentamento locais.

As ações de gestão de risco desenvolvidas para os desastres buscam abrangê-lo em suas três fases: redução de riscos; manejo e recuperação. A fase de redução de riscos, ou pré-desastre, contempla as ações voltadas para a prevenção, mitigação e preparação para o impacto. Objetiva-se identificar as ameaças e a população exposta; capacitar agentes de saúde e demais profissionais para o atendimento emergencial; construir junto a comunidade afetada um plano de educação ambiental e de evacuação do local em caso de emergência. Incentiva-se a execução de projetos de engenharia necessária para minimizar os danos; investe-se em políticas públicas e em sistemas de alerta e monitoramento climáticos. Durante a fase de manejo do desastre, é o período de ações de alerta e resposta a catástrofe. Neste período, o foco está na busca, resgate e socorro às vítimas. Deve-se notificar o desastre, intensificar as ações de vigilância em saúde ambiental e sanitária e avaliar os danos. Inicia-se então o auxílio àqueles que ficaram desamparados (como abrigo, alimentação, atendimento médico, etc.) e um processo de recuperação em curto prazo das áreas atingidas. Já no período de recuperação, ou na fase pós-desastre, prioriza-se as ações de reabilitação e reconstrução das comunidades voltadas para o bem estar coletivo a médio e longo prazo. Restaura-se o fluxo dos atendimentos na rede de saúde, organizando os atendimentos de acordo com os agravos. Restabelecem-se os serviços prestados, como abastecimento de água, energia, telefone e saneamento. Avalia-se o sofrimento psíquico das vitimas para melhor atendê-las e subsidiar futuras atuações mais eficazes (SVS, 2012; Marcelino, 2007).

Natenzon (2003) nos levanta sete pontos importantes a serem considerados nas discussões sobre desastres. O primeiro está relacionado à concepção do desastre enquanto causa natural sem nenhuma intervenção humana. A autora defende que devemos desconstruir esta ideia do imaginário social, sem, no entanto permitir uma culpabilização da população atingida por sua posição enquanto tal, crendo que este grupo de vulneráveis é passível de remoção de seu lugar.

O segundo ponto é que a intervenção governamental é voltada para as catástrofes apenas nas situações de emergências, sendo relegada a recuperação comunitária posterior a segundo plano. Não há plano de contingência para o período pós-catástrofe, onde se observa um aumento dos comportamentos agressivos na sociedade local, bem como a desordem nos vínculos sociais e uso de substâncias psicoativas.

O terceiro ponto está relacionado ao efeito sensacionalista da mídia durante o período de emergência, sem grandes reflexividades e informações paradoxais. A televisão traz uma notícia imediata onde o que interessa é o apelo afetivo, com transmissões exageradas do desespero alheio. Nesse ponto percebemos uma sobrecarga de informação em que não se estabelece uma relação de confiança, mas priorizam-se interesses de um jogo político e de um discurso predominantemente conservador que seleciona, de acordo com seus critérios, a qual sofrimento dar visibilidade, onde a negligência com parte da sociedade já foi naturalizada, mas o estranhamento está associado ao encontro desses efeitos com uma parte elitizada socialmente.

O quarto ponto é que as vítimas da catástrofe são tomadas como objetos assistenciais, consideradas pessoas não capazes de tomar suas próprias decisões, sendo levadas de um lado a outro, sempre tendo um perito que determina suas existências. Essa constante revitimização é, inclusive, consequência da fomentação de uma cultura do voluntariado e da filantropia, muito presente nesta temática de atuação nos desastres, a qual relega a formação desses profissionais diretamente envolvidos a segundo plano e incentiva a docilização desses corpos que continuam sem acesso e reivindicação de seus direitos.

O quinto ponto é a militarização da ajuda. São as instituições militares que assumem a responsabilidade de socorrer durante a emergência, dentro da sua lógica de comando e controle, ocupando os espaços e as comunidades numa perspectiva de guerra onde os inimigos precisam ser identificados e combatidos imediatamente e localmente. Neste

momento, o risco de reprodução de uma lógica intervencionista e imperalista se estabelece. Essa prática de socorro que decide sem ouvir, manda sem analisar, ou mesmo sem conhecer a realidade local, é que pode gerar uma série de descuidados e atropelamentos de um modo e de um ritmo de vida que já estão fragilizados. Esses tipos de serviços deveriam ser assumidos pela sociedade civil, com resposta e alternativa organizada de ação, evitando-se assim a reprodução de uma "estadania".

O sexto ponto é que as soluções propostas universalmente pelos políticos frentes aos desastres são as obras de engenharia, como construção de pontes, casas, contenções, estradas, etc, como se fossem as únicas opções, panaceias mundiais. No fim, nem sempre são construídas e quando são, existe todo um jogo político de interesses entre as empresas privadas interessadas na concessão e os governos locais.

Em sétimo lugar está a situação de financiamento em cascata. Numa situação de calamidade declarada pelo executivo municipal em um lugar de baixa visibilidade pública e pouca atração, aproveita-se e se beneficia da situação para requerer recursos ou benefícios para além do necessário, como não recebe em situações normais, tendo em vista estar em destaque no cenário midiático. Existe uma soma valor necessitado anteriormente e nunca atendido, com o atual. Na transferência dos recursos, no entanto, os fundos financeiros acionados nunca passam o valor total do que eles declaram e o dinheiro que é passado não chega totalmente ao necessitado e principal atingido pela catástrofe, sempre há desvios nesse percurso da verba.

Valencio (2011) critica este posicionamento elitista e hegemônico da burocracia pública, que desde a era colonial, prioriza um investimento em obras de infraestrutura, onde o espaço é visto como potência econômica em desenvolvimento a ser explorado independente dos seus habitantes. Este processo de investimento feito através de transferências financeiras volumosas aos mesmos setores societais de sempre - políticos, científicos e econômicos- em detrimento do bem estar coletivo e da participação popular, se beneficia com a perpetuação das injustiças sociais. Como pontuado, os desastres apresentam efeitos e respostas imediatas predominantemente locais, como as medidas de recuperação/reabilitação comunitária e prevenção aos riscos também devem ser construídas coletivamente pelas diversas interpretações e culturas existentes na formação dos territórios.

O sofrimento vivenciado pós-desastre tem sua duração e intensidade definidos de acordo com a organização dos territórios. O processo de territorialização define se os efeitos do desastre serão adversos ou não ao meio social. Sendo assim, o impacto do fator ameaça (chuvas, furacões, secas, etc.) depende muito mais de como a sociedade espacializa e organiza a vida coletiva do que da força do evento natural em si (OPAS, 2002). Esse fenômeno da territorialização está diretamente associado aos processos de vulnerabilização social.

Esta vulnerabilidade pode ser entendida enquanto intrínseca ao risco; enquanto capacidade para sofrer perdas; numa dualística entre suscetibilidades e capacidades; numa estrutura múltipla que abrange suscetibilidades, capacidades,exposição e adaptação, e numa multidimenção que envolve aspectos físicos, ambientais, econômico,social e institucional (INPE,2010). Em *stricto sensu*, vulnerabilidade é o potencial para a perda, e para representá-la localmente, é preciso apreender a intersecção entre os elementos físicos e sociais (Cutter, 2011). Essa definição é adotada na geografia enquanto *vulnerabilidade ambiental*, que considera aspectos regionais e dos ecossistemas, ditos territórios, embora não com o sentido político amplo que convém a esta categoria, mas na noção de espaço físico. Lançamos mão aqui do conceito de *vulnerabilidade socioambiental*, o qual visa unir aspectos tantos sociais, em relação a indivíduos, famílias ou grupos sociais (*vulnerabilidade social*), quanto os aspectos ambientais, visando assim a vulnerabilidade da população de um determinado território (Alves, 2006). É importante olharmos para essa vulnerabilidade não apenas como reflexo estrutural das nossas opções de desenvolvimento econômico e tecnológico, mas também considerar a trajetória social e o contexto social dos grupos atingidos, a partir da abordagem multidimensional. Discutir o conceito de vulnerabilidade social não se trata apenas de recorrer a taxas de classificação de riscos e afirmarmos que a população X está mais exposta que a população Y, nem de correlacionar fragilidades e impotências a apenas aspectos estruturais. É preciso considerar a influência de aspectos sociais, da deterioração ambiental e da ausência de políticas de desenvolvimento como os principais fatores que aumentam a vulnerabilidade local.

Os efeitos de um desastre sobre a saúde se manifestam tanto no físico, quanto no mental e no social. Freitas e Ximenes (2012) apresentam um estudo sobre o impacto na saúde ocasionado em períodos pós-enchentes a nível mundial,sendo as principais causas de

óbitos durante o período de enchente a hipotermia, diarreias, lesões e afogamentos. Os autores apontam ainda para um aumento da mortalidade num período de 12 meses após as enchentes, sendo assim o número de óbitos não se restringindo ao período imediato ao desastre. Quanto aos aspectos de morbidade da população atingida, os autores ressaltam o aumento na incidência de doenças geradas pela contaminação através da água e dos alimentos, resultando principalmente em quadros de gastroenterites, infecções por E.Coli, cólera, febre tifoide, varíola, hepatites A e E, e poliomielite; e por doenças transmitidas por vetores e hospedeiros, como a malária, febre amarela, febre hemorrágica, dengue,encefalite de St Louise, filariose linfática e leptospirose. O saneamento ambiental inadequado também é apontado como fonte para o aumento de microbactérias e proliferação de fungos que proporcionam o agravamento de quadros alérgicos na população (Freitas & Ximenes, 2012).

Além desses aspectos biológicos da saúde, Freitas e Ximenes (2012) afirmam que a saúde mental e emocional, embora em menor escala, vem ganhando visibilidade em alguns dos estudos analisados. Os principais sintomas relatados foram os distúrbios do sono, insônia, pesadelos, dificuldade de concentração, estresse pós-traumático, depressão, fobias, pânico, fadiga, perda de apetite e suicídio.

Tradicionalmente, os aspectos emergenciais mais abordados e priorizados em um desastre são: a atenção médica imediata, aspectos de infraestrutura local em saúde e seus recursos, aspectos de saneamento básico e o risco de uma epidemia. Porém, as principais estratégias nas ações psicossociais no período pós-desastre não estão nos serviços especializados em saúde, mas no fortalecimento da rede de atenção primária, na ação dos agentes comunitários de saúde e dos moradores voluntários, que são os contatos mais próximos a comunidade e que elevam em muito o nível de resolutividade das ações. Existe aqui uma perda de amplitude muito maior do que danos materiais. É uma perda simbólica, perda identitária, que envolve aspectos objetivos e subjetivos das trajetórias de vida, individuais e coletivas. É a desorganização de um espaço no qual a família tecia, em sua privacidade, a base para vínculos sociais externos. Falamos de uma atenção psicossocial capaz de considerar as representações envolvidas nas definições de um desastre natural, enquanto um processo histórico, vinculado às relações políticas e sociais expressas nos territórios, que busque uma promoção coletiva da autonomia e da cidadania. A

desconstrução deste conceito de desastre, desenhado no imaginário social como algo natural, permite a percepção das relações sociais desiguais, historicamente produzidas, e de um viés de classe que sofre pela omissão e insuficiência de medidas públicas para prevenção e impacto das ameaças (Valencio, 2008).

1.2 - O desastre a Região Serrana de 2011

No dia 11 de janeiro de 2011, fortes chuvas acometeram a região serrana do estado do Rio de Janeiro, ocasionando deslizamento de terras e enchentes que obrigaram 7 municípios a declararem estado de calamidade publica, solicitando, inclusive, apoio internacional.

Os sete municípios atingidos foram: Petrópolis, Teresópolis, Nova Friburgo, Sumidouro, São José do Vale do Rio Preto, Bom Jardim e Areal. Estima-se cerca de 890 óbitos, 36.237 desabrigados ou desalojados, 43 estabelecimentos assistenciais de saúde afetados e mais de 77 escolas das redes municipais e estaduais comprometidas (SVS, 2012; TCU, 2013). Os números são expressivos, sendo o evento considerado de grande magnitude, não só pela área extensiva afetada, mas por todo o desdobramento político e social gerado no país. O desastre que fica após o desastre tem demonstrando uma relação estrita e avessa entre o nível de desenvolvimento econômico e social local e a vulnerabilidade socioambiental das comunidades (Freitas et al, 2012).

A catástrofe serrana representou uma mudança na perspectiva de atuação em relação aos desastres *naturais*. A Defesa Civil, instituída sob a lógica de comando e controle à semelhança de ações militares, na qual a prática de atendimento emergencial era a única priorizada, sem grande atenção dada anteriormente as atividades de prevenção, hoje proposta pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, lei nº 12.608/2012, ainda a ser implementada, onde o termo "proteção" aparece pela primeira vez dentro da lógica de respostas.

Entre outros desdobramentos dos eventos extremo estudado para as políticas institucionais está a reestruturação da própria Defesa Civil, como a criação de centros de monitoramento e alerta (CEMADEN), que é apenas um dos passos dados para o

fortalecimento das políticas públicas em desastres. A adesão do programa da ONU: "*Construindo cidades resilientes. Minha cidade está se preparando" o* qual possui 12 passos para cidades que almejam a resiliência local por parte de 35 cidades brasileiras (Nova Friburgo é a única cidade serrana que o adotou) que são demonstrações de movimentos em busca de alternativas (MI, 2014).

Numa informação mais atual sobre os efeitos gerais do desastre na região serrana, o relatório sobre a região serrana publicado em outubro de 2014 pela Comissão de Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), consta que a principal estratégia apontada para a redução de risco na região tem sido a remoção, decisões tomadas sem a participação dos afetados. Apontando para a violação de uma série de direitos garantidos na Constituição Federal, como a moradia, saúde, educação, desrespeitando as relações de vizinhança, os laços comunitários e o direito a territorialidade (ALERJ, 2014). Atualmente a concessão do aluguel social passou da abrangência inicial de 2.700 para 2.300 pessoas. Em outro relatório, da CPI da região serrana, verifica-se a necessidade de R$4 bilhões em recursos para a reconstrução das cidades, além da sinalização para o aspecto habitacional como questão principal. Colocam ainda que mesmo com os 600 milhões aplicados na região para reduzir as vulnerabilidades sociais e preparar os territórios para as chuvas que acontecem todos os anos, no Mapa de Ameaças Naturais produzido pela Defesa Civil do Estado e lançado em julho de 2014, que 3000 famílias ainda se encontram em áreas sujeitas a deslizamentos. O relatório revela então o quão transdisciplinar e intersetorial se precisa ser ao se discutir planos de contingência voltados para a redução de vulnerabilidades sociais e provoca uma reflexão sobre a necessidade de implicação e mobilização de outros setores da sociedade para o aprimoramento da atuação nesta temática (ALERJ, 2014).

Numa contrapartida organizada através da mobilização da classe de psicólogos no Brasil, vem ganhando espaço as discussões sobre as possibilidades de intervenção e contribuição da psicologia nesse cenário de emergência e desastres. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), juntamente com os Conselhos Regionais (CRPs), vem promovendo espaços para a troca e a publicação de material referente ao tema, tanto em conferências, congressos, seminários, como também nesses em parceria com a Defesa Civil.

Considerando o modo de atuar do Estado em relação à Defesa Civil, essa parceria estabeleceu três fatores sociopolíticos aos quais devemos nos atentar para a redução de desastres no Brasil, a saber: 1) o combate ao patrimonialismo, considerando o uso personalista da máquina pública um grave fator de descompromisso com grupos empobrecidos; 2) a obstaculização aos processos fundiários e concentracionistas, os quais influenciam no acesso diferenciado à terra segura, bem como nas condições de infraestrutura, drenagem e saneamento; 3) o fortalecimento da organização política dos grupos mais vulneráveis para exigir a garantia de seus direitos fundamentais (CFP, 2011).

Capítulo 2 – Psicologia em emergências e desastres (PED)

A pesquisa em curso pretende contribuir para a atuação da psicologia no contexto de emergências e desastres, refletindo sobre as abordagens para o acolhimento e cuidado aos afetados. Destacar atenção psicossocial em fase de pós-desastres é importante em função da invisibilidade das depressões, inadaptações emocionais e falta de sentido de seu próprio cotidiano quando comparadas à visibilidade da perda de vidas e destruição material. Estas últimas, todas, capazes de serem quantificáveis física e economicamente.

Realizamos em janeiro de 2014 um levantamento bibliográfico no qual utilizamos as bases de dado LILACS, BIREME e Scielo. Associamos ao descritor "desastres naturais" às palavras chaves "psychosocial", "apoyo" e "mental health", para o qual obtivemos 23 resultados. Recorremos também ao acervo da Associação Brasileira de Psicologia nas Emergências e Desastres (Abrapede), que nos forneceu cinco documentos relacionados aos descritores, possibilitando o resgate histórico da Psicologia em Emergências e Desastres.

Este levantamento além do acesso ao histórico da atuação dos psicólogos em contextos de desastres permitiu a identificação das abordagens priorizadas, os efeitos das intervenções e as necessidades de desenvolvimento dessas ações.

Discutimos o conceito de resiliência, desde sua origem conceitual, até as divergências existentes dentro da própria psicologia enquanto a concepção do processo, recorrendo então a algumas revisões integrativas e a práticas que tomam o conceito enquanto eixo basilar.

2.1 PED: um breve panorama

Em 1974, através do Instituto de Saúde Mental do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, foi promulgada a primeira lei que regula a atuação e ajuda em desastres, que prevê a atuação dos psicólogos juntos aos afetados. A lei determina que toda pessoa que passa por um evento de emergências e desastres receba acompanhamento psicológico por tempo indeterminado. No Brasil, o primeiro registro da atuação da psicologia no campo da emergência e dos desastres aconteceu em 1987 em Goiânia, estado de Goiás, por ocasião do desastre do césio-137, considerado o maior acidente radioativo no Brasil (Martins,

2012). De lá pra cá, os espaços de discussão sobre os diversos modos de colaboração e intervenção da Psicologia em contextos de desastres e emergência ganharam um foco e parceria estratégicos. Em 2006, a Secretaria Nacional de Defesa Civil aceitou a proposta de trabalho de colaboração com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), realizando desde então, dois Seminários Nacionais de Psicologia das Emergências e dos Desastres: o primeiro em 2006 e o segundo em 2011 (CFP, 2011). Essa parceria vem discutindo a possibilidade de criação de um currículo em nível de especialização para a atuação em contextos de emergência e desastres.

Todavia, quando participamos de encontros que abordam a prática dos psicólogos em desastres, ou mesmo quando consultamos a literatura acadêmica sobre a atuação do psicólogo nesse contexto, é predominante a visão meramente diagnóstica na fase das respostas, ou uma matriz cognitivista baseada em trabalhos sobre a percepção de riscos com enfoques individuais, a partir da crença na "conscientização" para "esclarecer" ou no planejamento de "treinamentos" para que os afetados possam "aprender" a lidar com o risco na fase da prevenção. Essa abordagem a-histórica ignora uma análise estrutural das injustiças sociais latentes nos contextos de desastres, reforça o discurso da medicalização bem como o da anormalidade e reduz o processo de atenção a uma relação de poder (Valencio, 2010; CFP, 2011; Kutcher et al, 2005). Observamos ainda muitas produções acadêmicas preocupadas em realizar um levantamento do impacto na saúde mental no período pós-desastre, baseado num critério diagnóstico, como em quadros depressivos, incidência do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) até mesmo na saúde infantil, como no aumento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças (Sommer et al 2013; Cohen, 2008; Marin et al. 2010; North, Pfefferbaum, 2013; Echeburúa, 2010; Cova, Ricon, 2010; Norris et al, 2002).

2.2 - Os Protocolos e as indicações de intervenção psicológicas

O primeiro manual publicado com orientações para suporte psicológico das vítimas de desastres surge em 1970, pela Associação de Psiquiatria Americana, intitulado "Primeiros auxílios Psicológicos em Casos de Catástrofes". Este manual descreve diversos tipos de reações clássicas aos desastres e os princípios básicos para identificação das pessoas "perturbadas emocionalmente", possuindo uma descrição médica e sintomatológica

para os enquadres clínicos e intervenções terapêuticas (Martins, 2012). Atualmente, os protocolos que discutem a atenção à saúde mental em contexto de desastres e indicam os "Primeiros auxílios psicológicos", defendem uma abordagem pragmática, independente do especialista, não invasiva, básica e acolhedora, que respeite o tempo da fala, e de compartilhamento entre familiares e vizinhos (OPAS, 2010; IASC, 2010).

A maioria das reações psicológicas desencadeadas num período pós-desastre deve ser encarada como sintomas esperados devido ao evento traumático vivenciado, e não como algo patológico. A melhor alternativa de atendimento para estas crises está nos atendimentos ambulatoriais ou nas próprias comunidades, e não em ações hospitalares ou de internação. Existe um mito de que os desastres aumentariam a incidência de psicoses nos locais, o que estudos epidemiológicos não têm conseguido confirmar. Existe na verdade alguma agudização de transtornos já existentes, não o surgimento de novos casos (OPAS, 2002).

Outro mito existente é de que o TEPT seria o de maior incidência nos cenários pós-desastre. Na verdade, estudos revelam que quadros de altíssimos níveis de ansiedade e quadros de depressão com ideação suicida são os mais recorrentes, e que a incidência do TEPT tem-se mostrado pequena em relação ao esperado pelos pesquisadores (Figueira, 2004). Saber que «os pensamentos recorrentes sobre a catástrofe são normais e devem ser compartilhados » é uma das recomendações às vítimas feita pela OPAS (2002, p.47).

As estratégias de abordagem em saúde mental nos desastres não devem estar focadas numa ação individual com o uso de psicofármacos, mas em ações coletivas, dentro das comunidades. O uso de psicofármacos deve ser apenas uma recorrência para os casos graves que persistirem na apresentação dos sintomas em longo prazo pós-catástrofe. Quanto mais focada no território for a ação, com participação social nas tomadas de decisões e compartilhamento local das experiências e emoções vividas, maiores serão os índices de promoção à saúde percebidos na vida da população local. Intervenções feitas através das terapias de grupo, das oficinas e das ações combinadas que visem sempre uma ajuda mútua. Um espaço coletivo para a ressignificação da experiência vivida, onde a capacidade de resiliência possa se fortalecer (Pereira, 2012; Figueira, 2004; OPAS, 2002; Alves, 2012).

Na literatura científica, buscamos estudos que nos orientassem quanto às estratégias de intervenção da psicologia, do ponto de vista técnico da formação. Após um trabalho de

revisão, Rodriguez et al (2010) propõem algumas técnicas a serem utilizadas nesses contextos: 1) Estratégias reflexivo-vivenciais que visam a auto-regulação emocional, seja em discussões grupais, socialização de vivências ou autoanálise; 2) estratégias informativas, cara a cara ou por meio de informação de massa; 3) técnicas cognitivas, como solução de problemas, interrupção de pensamentos negativos (técnica curto circuito), estabelecimento adequado de metas, identificação e refutação de pensamentos irracionais; 4) Estratégias de desativação fisiológicas, como técnicas de respiração, visualização, musicoterapia e relaxamento progressivo de Jacobson (contração e relaxamento de toda musculatura do corpo); e 5) ajudas paliativas e moderadoras de estresse, como a higienização mental feita individualmente. Reyes et al. (2004), também através de um estudo de revisão, propõem cinco modelos de intervenção em contextos de desastres: 1) A atenção em crise, centrada em mitigar o estresse pós-desastre, vincular os sobreviventes aos recursos disponíveis na comunidade e ajudar na criação de um plano de recuperação a curto prazo em que se assegure as necessidades básicas da comunidade pela mesma; 2) Psicoeducação, que se dirige a líderes comunitários de populações em risco, que visa enfrentar os desastres de maneira assertiva, clara e eficaz; 3) a técnica do *Debriefing*, freqüentemente recomendada para o suporte psicológico em desastres; 4) a técnica do *Defusing*, que se propõem a desativar os mecanismos que podem ativar "a bomba" psicopatológica; 5) finalmente os Primeiros Auxílios Psicológicos, não necessariamente providos por psicólogos, mas por qualquer pessoa treinada, com o objetivo de proporcionar apoio e evitar a morte, direcionando posteriormente o sobrevivente a um serviço especializado.

A técnica do *debriefing* é frequentemente recomendada em artigos e produções científicas voltadas para o suporte psicológico em desastres. No entanto, dentro do mesmo relatório produzido pelo CRP/RS sobre a atuação dos psicólogos com as vítimas do incêndio na Boate KISS em Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013, ela chega a ser recomendada por uns autores, e desaconselhada por outros (CRP/RS, 2013). Pouquíssimas produções acadêmicas alertam para o risco desta prática já proibida na Europa (Coutinho, Figueira,2013; IASC,2010; Devilly et al,2003). Devilly et al (2003) contribuem para essa discussão através de uma revisão sistemática focada na técnica do *debriefing*. O *debriefing*, técnica de intervenção imediata após um trauma que visa evitar patologias de longa duração

por meio da reconstrução narrativa da experiência e da ventilação catártica de seus impactos penosos, aumentou a probabilidade de desenvolvimento do TEPT quando comparado com a não-intervenção, ou seja, um impacto negativo, ou de pouca melhora. Revela ainda uma possibilidade da falta de eficácia do *debriefing* devido a sua interferência num processamento natural de superação de um evento traumático e por levar os atingidos a se desviarem do suporte da família, amigos e outras fontes de suporte social, baseada na noção de que uma intervenção profissional é sempre necessária, ou mais adequada/preventiva. Após o evento, os autores reforçam que «a primeira necessidade é a informação». Os atingidos precisam saber o que houve, para aonde irão, precisam de notícias de seus familiares e amigos, precisam saber quais documentos precisarão, que documentos precisarão preencher e porquê, dentre outros passos a serem descritos. O psicólogo deve fazer uma triagem com os afetados, identificando assim aqueles que apresentam alguma patologia prévia, porque aí, talvez, o *debriefing* possa oferecer um apoio (Devilly et al. 2003, p.48).

A produção de cuidado nesse contexto é um tema de bastantes disputas. Existe uma grande tendência a uma postura assistencialista dos profissionais envolvidos baseada na crença de um paradigma patologizante, voltada a sujeitos portadores de uma interioridade traumatizada, enquanto na verdade os afetados precisam de espaços de empoderamento e autonomia para exercer sua cidadania. A Terapia Cognitivo Comportamental é a mais recomendada na imensa maioria dos artigos voltados para a saúde mental nos desastres (Devilly et al. 2003; Coutinho, Figueira, 2013; Cohen, 2008; Marin et al. 2010; Rodriguez et al., 2010; North, 2013; Reyes et al, 2004). Considerando os aspectos diretivos e estruturais que fundamentam e orientam a intervenção das sessões cognitivista, surge aí uma contradição com as diretrizes protocolares que apontam para as complexidades de ressingularização da experiência vivida pelos afetados, de respeito da demanda, do tempo da fala, do silêncio, de não enxergar o luto como único recurso legítimo de quem passa por uma situação inusitada e impactante, de se considerar as forças inconscientes de um histórico coletivo.

Mais uma vez, vale citar o relatório sobre a atuação dos psicólogos nos atendimentos aos afetados na Boate KISS, feito pela Abrapede, onde se tem a descrição das ações e suas responsabilidades: *equipe responsável pela supervisão técnica*: os

profissionais nos CAPS, nos hospitais, nas visitas domiciliares e na organização dos registros de casos; *composição de grupos de rituais e sepultamentos:* acompanhavam e organizavam os rituais e sepultamentos, acompanhavam as notícias de novos óbitos, cultos, homenagens, cerimônias de uma semana, missa de sétimo dia, vigílias, apoio ao grupo de direitos humanos, passeatas, encontro com os pais e contato com o poeta gaúcho, para elaboração de um texto de incentivo a vida; *supervisão técnica junto a defensoria pública:* orientação para a criação de um associação dos afetados; *diagnóstico de risco e recomendações de ações:*levantamento de sinais físicos e psicológicos de desequilíbrio, vazio espiritual e sentimento de impropriedade; *mapeamento de novos riscos:* em conjunto com assistentes sociais, em busca de lutos não reconhecidos, pessoas consideradas como vítimas de 4º,5º e 6º grau, como moradores da rua, próximos ao cemitério, amigos de vítimas,etc.; *cuidado com a imprensa:* cuidado com as repercussões negativas em uma população invadida pelas dramáticas das mortes apresentadas repetidas vezes; *equipe de cuidadores:* voltada para receber os recém-chegados, e cuidado com os cuidadores, espaços de suporte e troca. O cuidado com a mídia e suas relevâncias são também pontos que merecem nossa atenção e indicados neste mesmo relatório (CRP/RS, 2013).

2.3 - O conceito resiliencia

Outro conceito muito utilizado nas discussões de suporte psicológico em contexto de desastres é o conceito de resiliência. O conceito de resiliência é complexo e amplo, tendo surgido no mundo das ciências exatas. É utilizado pela física e pela engenharia para descrever a capacidade de elasticidade, de algo retornar a sua forma anterior, ou de algo que teria a capacidade de resistir a muitos impactos sem mudar sua forma original (Noronha et al, 2007; Pinheiro, 2004).

No campo das ciências humanas, nos aproximamos do sentido adotado pelas abordagens em Promoção da Saúde, que entendem a resiliência como a habilidade, a estratégia, a competência para agenciar mudanças, enfrentar diversidades, sendo capaz de superá-las ou adaptar-se a elas, inclusive sendo transformado por elas, como elemento de uma vida ativa e participativa. A resiliência é apresentada com um caráter relativo, o que justifica o fenômeno ser observado em determinadas circunstâncias e em outras não, pois

não seria um constructo universal aplicável a todas as áreas do funcionamento humano. Ela também não se classifica como uma característica individual e genética, mas sendo desenvolvida de acordo com o processo interativo entre a pessoa e seu meio, plenamente contextual. Pode ser considerado ainda como uma variação individual em relação ao risco, experienciada de formas diferentes por atores diferentes, não sendo um atributo fixo do indivíduo (Noronha et al, 2007). Mesmo o conceito de resiliência apresentando essa divergência de sentido, ele ainda é muito utilizado na psicologia nos seus dois sentidos.

Para Silva (2013), o conceito de resiliência tem duas dimensões: deve ser visto como uma força inerente ao sujeito, que o permite se reorganizar diante de um evento estressor, bem como no impacto do evento, ligado a fatores estruturais externos e as condições e estratégias disponibilizadas para aquele meio reagir aos fatores de risco. Diante disso, Silva (2013) coloca a resiliência enquanto passível de ser desenvolvida e aprendida por qualquer pessoa em qualquer fase, não apenas em momentos de crise ou desastre, como geralmente é enfatizada. Além disso, o autor ressalta que a falta ou falha na transmissão de informações as comunidades atingidas, bem como o uso de profissionais de fora, sem grande articulação local são duas das principais barreiras para o desenvolvimento de uma resiliência coletiva.

Souza (2011) aponta para alguns fatores, mecanismos e variáveis que influenciam diretamente no desenvolvimento da resiliência, seja dificultando o processo ou facilitando, tais como a faixa etária, questões de gênero, crenças e valores culturais, momentos sócio-histórico, fase do desenvolvimento humano, fase do ciclo familiar,etc. Este processo deve abranger não apenas a capaciddae de enfrentamento em um momento de crise, mas todo o processo de aprendizado e seu retorno e integração à comunidade.

Um método chamado LINC foi criado por Landau e Saul (2002) como modelo facilitador de resiliência das comunidades, usando como base de pesquisa famílias atingidas pelo atentado de 11 de setembro de 2001. Para os autores, o Mapeamento é um dos principais processos de auxilio nas avaliações e intervenções em momentos de crise, sendo necessário lançar mão de Mapas Transacionais, Geográficos e Sociológicos. De acordo com os autores, em sua experiência foi utilizada a filosofia da Terapia Familiar Transacional, na qual a criatividade é utilizada enquanto recurso central para expressar e simbolizar a perda, bem como o fator de continuidade da família, não separando crianças de

adultos, nem os próprios vizinhos.Um dos componentes integrais do LINC é trabalhar com "*agentes naturais da mudança" (p.21),* onde os profissionais são vistos como facilitadores de vínculos. Os autores estipularam ainda temas a serem abordados pela comunidade resiliente, a saber: "Construindo a comunidade e aumentando as conexões sociais como uma base para a recuperação"; "Contando coletivamente a história da experiência da comunidade e a reação"; "Re-estabelecendo o ritmo e as rotinas da vida e engajando-se nos rituais coletivos de recuperação" e "Chegando a uma visão positiva do futuro com esperança renovada".

Esta dinâmica proposta pelo LINC traz algumas semelhanças com a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), criada pela Universidade Federal do Ceará em 1987 e incluída na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS em 2008. A TCI se propõe a auxiliar a construção de redes solidárias baseada em cinco eixos teóricos: Pensamento Sistêmico, Teoria da Comunicação, Antropologia Cultural, Pedagogia de Paulo Freire e conceito de Resiliência (Padilha; Oliveira, 2012) . Através de um empoderamento horizontal, tanto individual como coletivo, bem como o fortalecimento de vínculos. A TCI vem sendo usado no âmbito da saúde coletiva com enfoque territorial, e em suas rodas, a resiliência é considerada como o processo de se transformar "carência em competência" (Silva et al,2012, p3).

A psicologia se divide de acordo com as suas mais diversas abordagens nas concepções humanista ou exata. Para uma perspectiva cognitivista, quando falamos em reestruturação cognitiva, se aproxima mais de um sentido de resiliência que coloca a capacidade de retomar a condição sã, ou de não se desestruturar facilmente. Aqui o sentido está mais próximo a capacidade de resistir ao impacto. Já para uma perspectiva mais social da psicologia, uma visão ampliada de saúde colocaria que a cura não pode ser encarada como restabelecimento do estado anterior, pois não há reversibilidade na vida, mas ressignificações e renomatizações. Tomando como base as reflexões de Canguilhem (2001) e sua concepção vitalista, nos aproximamos da perspectiva ergológica para nos ajudar a pensar a atuação dos psicólogos em situações de emergências e desastres, que será desenvolvido no próximo capítulo.

Capítulo 3 – A Concepção Vitalista e Atividade

Adotamos o conceito de saúde de Canguilhem (2001) que nos fala de saúde enquanto processo, e não como um estado, saúde enquanto adaptação social, psíquica e biológica frente às adversidades experienciadas, não apenas uma ausência de doença. Saúde enquanto potência de vida revelada na capacidade do indivíduo de se reinventar perante as normas, pela atividade do ser. Segundo o autor, médico e filósofo, a vida é uma bipolaridade dinâmica, na qual saúde e doença são aspectos de um processo contidos um no outro, autoimplicados. Nesta perspectiva, a vida é uma constante luta para se construir, em um meio infiel, nossos próprios modos de viver. E é através do trabalho que o homem exerce essa capacidade de transformar seu meio, por intermédio da atividade, potencializando a vida em sua singularidade.

Sendo assim, saúde e doença seriam dois fenômenos qualitativos diferentes e opostos que implicam forças em luta, rejeitando a ideia de que o fenômeno patológico seria mera variação quantitativa dos fenômenos normais. A expressão modos de andar a vida/modos de ser a vida é atribuída a Canguilhem, como alternativa ao termo comportamento, relacionando-a a noção de capacidade normativa do indivíduo, ou seja, a capacidade de instituir novas normas em função de condições diferentes (Canguilhem, 1990).

Portanto, a vida não pode se desenrolar sob o registro do estrito enquadramento, sob um assujeitamento ao meio, mas a vida é variabilidade. Essa compreensão influencia e fundamenta o pensamento de Yves Schwartz (2010) que desenvolve a perspectiva ergológica, com objetivo de melhor conhecer e intervir sobre as situações de trabalho buscando sua transformação. Para o autor, atividade é vida, é negociação de normas que implicam valores, e o trabalho deve ser considerado como uma das formas centrais de dinamizar e promover sentido a vida. O trabalho produz mercadorias, tem seu valor econômico, mas também acumula história, experiência, constitui patrimônio. Ele não pode ser realizado totalmente de forma independente e prescrita, mas existe a partir de uma interação e encontro com os pares em atividade.

Nesse sentido, para compreendermos o trabalho, precisamos, de acordo com Schwartz (2010), levar em conta quatro características da atividade: 1) uma distância

existente entre o trabalho prescrito e o real; 2) esta distância seria sempre ressignificada, singularmente e de infinitas maneiras numa bilateralidade com o sujeito que trabalha,podendo-se apontar tendências, mas nunca predestinar sobre a atividade do outro; 3) o corpo-si enquanto entidade que regula essas escolhas da economia do corpo; 4) o trabalho sempre enquanto encontro de valores, onde fazemos escolhas em função de critérios, de um bem comum, de um "viver juntos" fazendo política (Schwartz, 2010, p.45). A perspectiva ergológica busca compreender, trazer a tona, o debate de normas e valores, que se renovam indefinidamente na atividade, que existem universalmente nas situações de trabalho. O autor elabora o conceito de *corpo-si* para se referir a tudo no sujeito que envolve do mais biológico ao mais cultural, social, psíquico. É uma entidade que racionaliza em função de uma economia do corpo, dos movimentos, do imprevisto. Não é uma escolha perfeitamente consciente do sujeito, tão pouco inconsciente, mas algo que atravessa tudo isso. Este *corpo-si* diz sobre as dramáticas que perpassa a atividade industriosa, quando o profissional faz escolhas, cria normas, transgredindo prescrições, *renormatizando*, ações necessárias nas circunscrições do trabalho real e do *agir em competência*.

Esse *agir em competência* vem se complexificando cada vez mais dentro de nosso atual modelo econômico. Quanto mais técnicas são desenvolvidas e inseridas no mundo do trabalho, mais as interfaces a serem geridas pelo trabalhador se multiplicam, e essa competência de gestão está estritamente ligada ao manejo do *corpo-si*. Trata-se de gestão de interfaces nas dimensões técnicas, humanas, linguísticas, jurídicas na mesma atividade, não mais de qualificações a serem ajustadas ao trabalho, que no Taylorismo eram descritas por gestos pré-estipulados e visíveis. Se a eficácia é essencial para o sentido do trabalho, e assim para a saúde dos trabalhadores, como discutir a complexidade do *agir em competência*?

Para Schwartz (2010), o *agir em competência* articula seis ingredientes entre si, a saber: 1º) a apropriação (em parte) das normas/protocolos; 2º) a incorporação dos saberes investidos na atividade/saberes da experiência/*renormatizaçõe*s; 3º) capacidade de articular ingrediente 1º e 2º, numa dialética, uma inventividade dinâmica "diante da conjunção localmente particular e inédita"; 4º) o debate de valores que atravessa toda a atividade, valores não mercantis, entre eles o bem comum/ o sujeito que transforma ou não seu espaço

de normalização; 5º) a relação com o saber, a busca por uma educação continuada, pela oportunidade de aprendizagem e mais qualidade no trabalho e 6º) as entidades coletivas relativamente pertinentes (Schwartz,1998, p.8).

As competências representam um "agir aqui e agora" (2010, p.207). Demandam uma investigação de perto do que se é requerido num determinado ambiente de trabalho de acordo com as condições oferecidas. Ou seja, elas são construídas a partir das situações de trabalho. Quando pensamos nos "traços de competências" para o perfil de determinado posto de trabalho, isso faz parte de uma tentativa de respondermos eficazmente a uma operação a qual nos é endereçada no trabalho. Mas é indispensável avaliar o alcance do sentido operacional deste perfil pré-estipulado. Indubitavelmente, o ingrediente 1 enquadra toda situação de trabalho e talvez seja o mais fácil de ser avaliado no trabalhador. Porém, é necessário partir sempre da concepção da interação dos seis ingredientes existentes numa situação de trabalho. Avaliar as competências de um trabalhador consiste em reconhecer a negociação das suas normas e valores. Que critérios estão sendo utilizados? De onde se fala? A quem se dirige? Schwartz (2010) fala de uma dinâmica viciosa e uma dinâmica virtuosa como possibilidades da avaliação das competências.

Numa avaliação viciosa as empresas, ou organização, acreditam ser possível listar exaustivamente as competências e relacioná-las diretamente ao trabalhador, como requisitos que ele possui, ou não, fazendo dele o único responsável pelo agir em competência. É uma prática bastante comum, que individualiza e externaliza a motivação, culpabilizando os sujeitos sem que se questionem os aspectos constrangedores existentes nas situações de trabalho.

Numa avaliação virtuosa, o "meio para viver" oferecido aos trabalhadores é colocado juntamente em questão, ou seja, uma avaliação sobre ela mesma. Um vai-e-vem entre o que pode ser saúde e o que pode ser mudança, pode ser transformação no meio de trabalho, contribuindo assim para um livre desenvolvimento de competências. Nas palavras de Schwartz: "a partir do momento que um meio tem valor para você, todos os ingredientes da competência podem ser potencializados ou desenvolvidos" (2010, p.220).

O sexto ingrediente, as entidades coletivas relativamente pertinentes falam do que, vulgarmente (bem como vagamente) é expresso como "capacidade de trabalhar em equipe". É você ter a capacidade de avaliar para si e para os outros o seu perfil, compreendendo que

cada pessoa tem um perfil diferente, com habilidades diversas e o quanto você pode tirar proveito dessa sinergia em uma situação de trabalho. Ou seja, o quanto o sujeito é capaz de assumir suas responsabilidades, ou de reconhecer suas limitações quando convém, permitindo assim uma parceria num trabalho coletivo que põem em sinergia os seis ingredientes, não de forma individual, mas coletivamente.

Adotar esta perspectiva de uma atividade construída a partir de uma história coletiva desafia a psicologia a considerar que a gestão do trabalho é feita não a partir somente de um planejamento ou do controle das tarefas. Considerar na prática o que Schwartz (2010) chamou de Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P), que envolve as disciplinas no primeiro polo, a experiência no segundo e a ética-epistêmica no terceiro, na perspectiva de construção de uma outra ação.

Para além desse enfrentamento se deve considerar a necessidade das ações em rede, intersetoriais, que também são desafios a serem encarados pelos profissionais de psicologia.

Capítulo 4 - Metodologia

O tema do presente trabalho surge a partir da experiência vivenciada pela autora de atuação aflitiva no atendimento em meio a um cenário de desastre compartilhado comunitariamente. Um tema repleto de significados, motivações, aspirações, valores e atitudes, que nos revela um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, irredutíveis a uma análise operacional das variáveis, e que não poderia ser de maneira nenhuma enquadrado dentro de uma metodologia que não a qualitativa (Minayo, 1994).

Acreditamos que a presença do pesquisador influencia nos dados colhidos por ser, por si só, uma intervenção no campo de pesquisa, negando uma suposta neutralidade, objetividade, e o distanciamento entre sujeito e objeto. Através da técnica da observação participante, esse trabalho considera as implicações e representações, bem como o jogo de interesses e influências presentes no encontro, na aproximação do campo de pesquisa (Becker, 2004). Reconhecemos que nesse encontro, na interação face a face, existe uma negociação das representações sociais onde identidades são legitimadas. Essa interação simbólica ratifica posições, lugares, *status*; através deste encontro político e polifônico. As representações, embora reflitam experiências individuais, estão condicionadas pelo tipo de inserção social que as produzem territorialmente, apresentam-se como guias máximas das condutas, valores e sentidos compartilhados, capazes de serem ressignificados, que ganham novos sentidos na interação. Existe uma conexão entre fenômeno e representação social que não são nem falsas nem verdadeiras, mas apresentam-se como matéria-prima do fazer sociológico (Porto, 2002).

Para darmos início a pesquisa de campo, nos aproximamos da Cruz Vermelha RJ, devido a continuidade de seus atendimentos oferecidos durante dois anos após o desastre na cidade de Teresópolis. A partir dessas primeiras entrevistas, fomos ao encontro de outros atores referenciados como de importância de atuação na cidade.

Buscamos nos apropriar de documentos relacionados à tragédia, tanto relatórios dos atendimentos, quanto de documentos públicos disponibilizados em relação às despesas do evento e mobilização nacional e internacional geradas.

Devido a pouca informação sobre o evento de 2011, em produções científicas, recorremos também a noticiários de grande vinculação, através de um levantamento realizado entre agosto e dezembro de 2013, que nos fornecesse base para uma análise local dos efeitos na cidade de Teresópolis.

Participamos de dois encontros dos membros da Força Especial de Suporte Psicológico (FESPsi) da Cruz Vermelha, organização que surgiu posterior ao desastre, buscando acompanhar o espaço de troca e formação dos envolvidos. Nossa intervenção se limitou a observação participante e posteriores registros sobre os fatos. Essas sessões não foram gravadas.

Lançamos mão da técnica de entrevista semiestruturada, na qual os diálogos com os profissionais entrevistados, individualmente, foram gravados e guiados através de eixos temáticos pré-elaborados, com base no referencial teórico. As narrativas foram transcritas de forma direta e posteriormente analisadas, considerando as observações e as ferramentas teóricas utilizadas para direcionar o olhar da pesquisadora. Quatro perguntas centrais e disparadoras foram utilizadas para entrevistar todos os profissionais envolvidos direta ou indiretamente no atendimento, sendo eles coordenadores das ações, voluntários, empregados do terceiro setor ou servidores públicos que atuaram no atendimento face a face com as vítimas. Ao elaborarmos nossas questões, correlacionamos objetivos e categorias de análise para trabalharmos com os possíveis resultados. Foram elas: 1) Como começou a sua participação nos serviços de assistência humanitária em desastres? Aqui pretendíamos conhecer experiências anteriores vivenciadas pelos profissionais que deram sentido as suas escolhas pelo modelo de atuação desenvolvido, pensando a partir daí o uso de si nas atividades dos profissionais voltados para temática dos desastres; 2) Como foi sua participação no serviço de atendimento emergencial à população de Teresópolis? O conceito de risco é algo a ser considerado nos debates de formação e acolhimento dos profissionais envolvidos nesta temática de eventos extremos, e procuramos resgatar desdobramentos deste encontro entre assistidos e assistentes num contexto de risco, de emergência, e suas formas de agenciá-lo; 3) Quais foram as maiores dificuldades apresentadas pelas pessoas assistidas? 4) Como você avalia o serviço que vem sendo prestado pela instituição?As perguntas três e quatro foram elaboradas na perspectiva de se conhecer as estratégias adotadas pelos profissionais frente as dificuldades observadas em

campo, suas frustrações, limites, superações e possíveis desdobramentos observados desta ação, bem como da instituição.

Foram entrevistados seis profissionais de psicologia: do Estado (Secretaria Municipal de Saúde/SMS), voluntários (Cruz Vermelha), ONGs (Médicos sem Fronteiras/MSF) e da Associação das vítimas das chuvas de Teresópolis (AVIT). A instituição que apresentou maior resistência para nos receber foi a SMS. Devido à alta rotativadade de coordenadores da Saúde Mental/SM do município, que em três anos passaram por cinco pessoas no posto, houve "jogo de empurra" sobre quem poderia "melhor nos responder" as questões da pesquisa. Nos corredores, alguns funcionários aproveitavam minha presença para fazerem denúncias sobre o descaso com a SM do município e os desvios de verba sofridos.

Para análise dos resultados utilizamos o método de interpretação de sentidos, considerando o contexto, as razões e lógicas individuais e sociais, bem como a experiência de cada profissional nos relatos obtidos. Estabelecemos categorias analíticas a partir das leituras das narrativas dos sujeitos. Buscamos seguir as seguintes etapas: 1) leitura compreensiva das transcrições, visando a: impregnação dos depoimentos; visão de conjunto; e apreensão das particularidades do material; 2) separação dos depoimentos por temática; 3) identificação das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; 4) busca por sentidos mais amplos que articulam modelos subjacentes às ideias (Minayo, 2010).

Todos os entrevistados tiveram seus nomes resguardados, sendo-lhes assegurado o direito de interromper sua participação se assim o desejassem, referindo as falas por nomes fictícios, em seguida a instituição de pertencimento: CV, MSF, AVIT, SMS.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e possui devida autorização dos entrevistados através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II) através do qual terão informações sobre a natureza da pesquisa e garantia dos aspectos éticos da mesma, com base na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde.

Compõe a metodologia deste trabalho o planejamento da devolução dos resultados do estudo àqueles que de direito e aos que possam se interessar. Este momento será realizado num local e horário previamente combinado com os que participaram da

pesquisa. Em relação à devolução, reconhecemos seus possíveis efeitos e procuraremos realizá-la de maneira que traga benefícios aos envolvidos direta ou indiretamente.

Neste sentido, procuramos ser cautelosos, considerando os interesses em jogo na temática dos desastres, considerando as diversidades de interpretações possíveis dos interlocutores e atentos para que o tom de denúncia não direcione os resultados, mas que estes sirvam para uma análise rica e contributiva para as ações.

Capítulo 5 – Resultados e Discussão

Apresentamos os resultados começando com dados gerais sobre os impactos sentidos e vividos na cidade de Teresópolis aos longos desses quatro anos após o evento, seguido de dados singulares com narrativa sobre a vivência na semana imediata a catástrofe. Na sequência apresentamos o trabalho de campo, caracterizando as instituições que mantiveram na cidade seu trabalho de suporte psicossocial aos afetados, identificando o modelo de atenção a saúde instituído. Por fim, trazemos as vivências e reflexões de profissionais que atuaram na cidade de Teresópolis no desastre.

5.1 – O evento na cidade de Teresópolis

O município de Teresópolis integra a região serrana do Estado do Rio de Janeiro e ocupa uma área de 770,507Km², tendo cerca de 164.000 habitantes, de acordo com fontes do IBGE (2012). O desastre de 2011 na cidade de Teresópolis deixou marcas irretratáveis. A cidade obteve os maiores números de desalojados (9.110), de desabrigados (6.727) e de óbitos (392) em relação ao levantamento feito nas outras cidades serranas vizinhas (Freitas et al, 2012). Das 3.400 habitações atingidas em Teresópolis, 65% pertenciam a população de baixa renda, sendo que 2.000 tiveram o retorno de seus moradores. A defesa civil interditou 1392 construções, 630 casas vieram abaixo, 80 ruas foram danificadas e 50 km de rios assoreados (G1, 2013).

A cidade possuía um mapa das regiões de riscos desde 2007, e contava com Plano Municipal de Redução de Riscos, Plano Diretor de Desenvolvimento Sustentável e Plano de Contingência defasado. Além disso, estaria previsto, entre 2007 e 2010, o repasse de R$ 11.617.700,00 do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para a construção de novas habitações, com o objetivo de conter a ocupação desordenada. Outros R$ 71.700,00 do PAC estavam previstos para a criação do Plano Municipal de Habitação (O Globo, 2011, G1, 2013).

Os moradores diretamente afetados pelo evento organizaram uma associação, Avit (Associação de vítimas das chuvas). Desde então essa associação realiza todos os anos no dia em 12 de janeiro um manifesto na Praça de Santa Tereza, centro de Teresópolis,

reunindo grande quantitativo de pessoas. A Avit reivindica a construção das casas populares, recuperação das pontes e vias, conclusões das vistorias e indenizações dos desabrigados, atenção às famílias dos desaparecidos e apoio emocional às famílias vitimadas. Os moradores de Teresópolis, membros da Avit, questionam até hoje os impasses quanto ao recebimento do aluguel social, pois as famílias que não comprovam o pagamento de aluguel, mesmo possuindo laudo de interdição de suas casas, perdem o direito de recebê-lo e são impossibilitadas de futuras negociações em relação as casas que serão construídas (G1, 2013).

A cidade de Teresópolis foi destaque na mídia por escândalos e gastos inadequados do dinheiro público (G1, 2012; PORTALTERE, 2012). Passou por uma série de sucessões no poder executivo municipal, num curto espaço de tempo, verificando-se o descaso político e a falta de prioridade com a população dos bairros atingidos (Caleme, Campo Grande, Poço dos Peixes, Granja Florestal, Posse, Parque do Imbuí, Barra do Imbuí, Morro do Féo, Cascata do Imbuí, Vieira, Três Córregos, Espanhol, entre outros).

Fotos dos bairros tiradas, pela autora, posteriormente a tragédia:

Figura 1- Bairro do Campo Grande

Figura 2 - Capela de São Sebastião, Posse

Figura 3 - Equipe de Resgate, Caleme

Embora a cidade de Teresópolis encontre-se dentro de todos os aspectos descritos pela portaria do Ministério da Saúde, a portaria nº 336/GM (MS, 2002), que define que para cada município que possua entre 70.000 e 200.000 habitantes, haverá um CAPS II (Centro de atenção psicossocial), um CAPS AD (álcool e drogas) e rede básica de atenção a saúde mental, somente a partir do segundo semestre de 2011, pós-catástrofe, surge o movimento de implantação do CAPS, no bairro Tijuca. Movimento tardio, visto que em municípios vizinhos menores já possuíam esta estrutura, o qual sinaliza as deficiências e invisibilidade dos aspectos psicossociais em nível de organização da saúde municipal.

A catástrofe serrana demandou novos vínculos e formas de intervenção peculiares, apontando para a falta de planejamento e para o despreparo nacional existente para lidar com os desastres. A sensação gerada era de um espaço social anômico, onde as intensas transformações sociais deixavam transparecer as negligências e imperícias do poder público. A desorganização e consequente demora nos atendimentos às vítimas, os ruídos gerados entre os setores, os desvios das doações eram só o início contextual e imediato. A falta de observação aos mapas de riscos já existentes, falta de fiscalização em áreas de preservação ambiental que foram invadidas e sofreram deslizamentos, planos de contingência e plano diretor municipais defasados, a falta de observação às recomendações feitas pela OPAS (2002) em contextos de desastres, como a de que o assentamento das vítimas em abrigos temporário é uma alternativa de última ordem, são partes das revelações posteriores pertinentes ao despreparo.

Ao participar da assistência emergencial prestada aos atingidos em Teresópolis durante a primeira semana de atendimentos, período subsequente à catástrofe, pude observar uma mobilização de funcionários públicos e privados, bem como de voluntários. Pessoas com vínculos efetivos e temporários, provindas de diversos estados brasileiros, bem como do exterior. Profissionais da área da saúde, como de diversas áreas, deslocados de suas funções e contribuindo no atendimento às vítimas. A Força Nacional, o BOPE, funcionários da rede municipal de saúde em geral, funcionários da educação, militares, igrejas, voluntários, ONGs. O socorro era inter-regional, intersetorial e multidisciplinar. Uma rede de atenção à saúde foi construída, às pressas, com profissionais da saúde e afins.

Esta ação de assistência e acolhimento realizada no Ginásio Poliesportivo Pedro Jahara (Pedrão), despertou meu interesse em acompanhar os desfechos e as políticas

geradas para dar suporte às vítimas deste evento. Trago aqui algumas situações, parte dessa experiência, que motivaram as reflexões da pesquisa. Lembro-me do atendimento feito a um jovem que afirmava ter o diagnóstico de esquizofrenia. Sua esposa estava grávida, ele havia perdido sua casa, e conseguiu tirá-la a tempo e ainda ajudar no socorro aos vizinhos. Sua preocupação era que seu diagnóstico representasse um risco para sua esposa e o bebê, e me perguntava se iria ficar tudo bem. Outro senhor, que morava sozinho sem familiares próximos, tomava medicação tarja preta, declarou ter ingerido uma cartela inteira naquele dia, na tentativa de reduzir a angústia sentida, e por isso não conseguia dormir. Estava muito alterado, se negava a ser abrigado, me pediu permissão para acampar ao redor do Pedrão, pois tinha um violão e temia que alguém dentro do abrigo o quebrasse. Foram diversas horas de dias que aparentavam ter 72h, com filas enormes de pessoas atingidas em buscas de respostas às quais nós, voluntários, numa tênue linha entre o despreparo e o cuidado, ousávamos responder. Uma enorme fila de vítimas que esperavam a liberação de doações e o cadastramento para o aluguel social, que na época girava em torno de R$300,00 e mal pagaria meio aluguel em qualquer bairro da cidade. Moradores aflitos que enfrentavam a burocracia de ter que responder a um formulário para cadastro de quatro páginas, ou corriam o risco de chegada a sua esperada vez, descobrir que ali no ginásio, seu bairro não estava incluído entre os bairros a serem atendidos. Recebíamos instruções para não liberar cestas básicas para quem já a havia retirado em outro abrigo, informação esta que só tínhamos como saber se a pessoa atendida assim a declarasse. Com uma divisão do trabalho (mal) estipulada, éramos obrigados a burlar as escassas orientações dadas aos voluntários, atendendo a quem viesse, ignorando diversos itens do formulário, bem como as grosserias geradas pela insegurança dos responsáveis no ginásio, lançando mão de uma norma construída ali, em parceria imediata com os demais voluntários. Dessa experiência, ficaram questionamentos e inquietações. Como ocorre o prosseguimento dessa assistência e o prolongamento do sofrimento compartilhado naqueles dias? De que maneira vem se estruturando, se organizando e se sustentando a ação de atenção psicossocial em Teresópolis, em longo prazo, posterior ao desastre?

5.2 – As instituições e organizações

A primeira instituição identificada foi a Cruz Vermelha, com visível investimento físico na cidade, dado a criação de um Centro de Convivência (CC), próximo à prefeitura de Teresópolis, para atendimento à população. Através de contato por telefone com a sede da Cruz Vermelha do Estado do Rio de Janeiro, nos aproximamos de seus trabalhos e projetos.

A Cruz Vermelha, oficialmente conhecida como Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, foi fundada na Suíça em 1863 em Genebra, onde se localiza sua principal secretaria, por Jean Henri Dunant com o objetivo de prestar assistência humanitária para populações de países em conflitos, visando proteger a dignidade e a vida através do trabalho voluntário. Atua com base em sete princípios: humanidade, neutralidade, imparcialidade, independência, voluntariado, unidade, universalidade. É a maior organização humanitária do mundo, e se sustenta através de doações, tanto de pessoas físicas como jurídicas. Já no Brasil, esta instituição teve início em 1907, por iniciativa do Dr. Joaquim de Oliveira Botelho, tendo como seu primeiro presidente o sanitarista Oswaldo Cruz (Cruz Vermelha-RJ, 2013). Tem sua sede nacional na cidade do Rio de Janeiro, aonde atuam seus gestores, como mão de obra remunerada, e também onde se apresenta, se entrevista e se reúne a mão de obra voluntária. Na sede são oferecidos cursos gratuitos e pagos na área de saúde, como para cuidador de idosos, primeiros socorros, técnico em enfermagem, técnica de necropsia e massagem. A instituição possui ainda projetos que oferecem acolhimento a refugiados, atendimento a dependentes químicos e assistência psicológica ao público em geral através de sua clínica social. É na sede estadual aonde se recebe e se armazena os mais diversos donativos, como roupas, alimentos, água potável, calçados, entre outros solicitados de acordo com cada situação a ser atendida. Essas doações chegam tanto de outras regiões do Brasil, como do exterior, por intermédio das 60 delegações existentes da Cruz Vermelha pelo mundo, e seguem para seus destinos.

Quando ocorre um evento extremo, a sede estadual oferece auxílio às filiais municipais para suporte a assistência humanitária local, porém não nos foi possível obter registros dessa ação conjunta entre filial e sede. A instituição se apresentou à cidade imediatamente após o desastre, com um grande número de donativos e voluntários, de

diversas partes, porém, de acordo com sua atual psicóloga coordenadora, Andréia, com pouca orientação ou controle específico da atuação dos mesmos.

Em sua primeira atuação, mais imediata junto aos abrigos, muitos estudantes, os quais não respondiam a nenhum tipo de conselho profissional, e pelos quais dificilmente alguém responderia por suas práticas, atuaram em nome da organização. Andréia relata que, como forma de elaborar a perda, o luto em evidência, crianças brincavam de derrubar as barracas dentro dos abrigos, se jogando sobre elas, reproduzindo a destruição das casas. Nesse momento, algumas estudantes tentavam "conter a bagunça", sem perceber o fim terapêutico dessa atividade lúdica. A preocupação em manter uma ordem sobressaia ao acolhimento. Renato, voluntário pela organização, conta ainda que famílias eram separadas em abrigos, sem muito controle sobre suas automedicações, ocorrendo algumas overdoses de calmantes em alguns abrigados. Os abrigos estavam repletos de burocracias para atendimento tanto aos abrigados, quanto aos desalojados que vinham em busca de donativos, regras que muitas vezes amarravam o processo de assistência e ao mesmo tempo deixavam brechas no controle, facilitando a aquisição por mais de uma vez pela mesma família.

Essa experiência serviu para orientar uma demanda de cadastro de profissionais formados, e por reuni-los periodicamente para um maior controle de suas práticas e de formação voltada para. eventos extremos. Ao estruturarem o Centro de Convivência no ano de 2012, abriram-se as portas para a participação de profissionais psicólogos e assistentes sociais, preferencialmente moradores da região. Segundo Kátia, coordenadora das ações da Cruz Vermelha em toda região serrana, o CC só ganhou evidência após as fortes chuvas de abril de 2012, que inundaram novamente a cidade e o próprio CC. O trabalho realizado pretendia oferecer apoio psicológico para os diretamente atingidos pelos eventos ou para os familiares dos atingidos, bem como apoio jurídico para os afetados e distribuir donativos para aqueles que chegassem por intermédio de algum encaminhamento do setor público, como as varas ou Secretaria de Saúde. Segundo Kátia, a proposta era oferecer um acompanhamento psicológico, como uma abordagem breve, possuindo inicio, meio e fim, e não de cunho ambulatorial. O CC ofereceu uma média de 700 atendimentos, considerando que cada pessoa obteve um mínimo de quatro atendimentos. Focou-se, a princípio, em atendimentos individuais, e na realização de cursos com utilidade para os afetados para

reconstrução de seus lares. Desses cursos, só um saiu do papel, o de “eletro-residencial”, pois, segundo Kátia, muitos afetados que voltavam para suas casas sofriam descargas elétricas em suas casas, devido ao comprometimento elétrico das mesmas.

Houve um esvaziamento do CC, embora as queixas e demandas fossem grandes, perceberam a partir dos afetados a necessidade de um trabalho grupal a ser levado para dentro das comunidades. As queixas eram devido as dificuldades dos afetados se deslocarem até o CC, ora por questões infraestruturais dos bairros atingidos, ora pelo medo de passar novamente por alguns lugares, ora por falta de recursos financeiros para a passagem. Kátia cita então o início de uma parceria com o Projeto Rondon, coordenado pelo Ministério da Defesa, que envolve estudantes universitários na busca de soluções para o desenvolvimento sustentável de comunidades carentes, e com a Avit. O Projeto Rondon se responsabilizou por visitas domiciliares aos afetados para mapear as necessidades das famílias, e com o apoio da Avit pretendiam construir um espaço para suporte psicológico grupal, recreação, informações sobre como reaproveitar os alimentos, como cascas de frutas, em receitas e assistência jurídica como próximo passo de intervenção. Ela narra ainda um ruído entre a SMS de Teresópolis e o CC, tendo em vista os encaminhamentos recebidos pelo CC advindos da Secretaria de Saúde (SS), pois, segundo foi informada, um mesmo psicólogo não poderia dar assistência a uma família inteira, como que por ética, o que tornava insuficiente o número de psicólogos atuantes pelo município na abrangência dos atingidos. “Isso foi novidade para mim.”, disse Kátia. Ainda dentro desse impasse, o acompanhamento demandado pela SS tinha um foco ambulatorial, o que divergia da proposta de terapia breve ofertada pelo CC. Após pouco mais de um ano de funcionamento, passaram pelo CC cerca de três profissionais de psicologia, os quais recebiam ajuda de passagem e alimentação, e a manutenção desse espaço, com todos os custos que ele representava, e sem apoio municipal, tornou-se inviável o sustento do trabalho ou mesmo da tentativa de parcerias com outras instituições para os atendimentos. Fizemos um primeiro contato com a filial da Cruz vermelha em Teresópolis, contato conseguido através da Defesa Civil do município, a qual nos informou um funcionamento precário da filial, e, por conseguinte,encontramos dificuldades para acesso a mais informações com a mesma. Houve também algumas denúncias quanto as dificuldades da instituição cumprir financeiramente com os custos assumidos.

Desde então, a Cruz Vermelha do estado agregou ao seu corpo de funcionários, uma psicóloga, Andréia, anteriormente atuante em conjunto com a Defesa Civil, para coordenar a ação e a formação de todos os psicólogos interessados em participar, voluntariamente em contextos de desastres, sejam eles naturais, nucleares, marítimos ou aéreos. Esta ação ganhou corpo, e intitulou-se de Força Especial de Suporte Psicológico (FESPsi). A FESPsi reúne-se mensalmente na sede do estado do Rio, para discussão de normas e competências para a atuação e hoje conta com o cadastro de 97 psicólogos voluntários. O grupo promoveu também em meados de 2014 um seminário de aniversário do FESPsi, no qual promoverem palestras num espaço de troca sobre as diversidades de linhas teóricas da psicologia e suas possíveis contribuições para o cenário de desastres.

Buscando acompanhar esses encontros, participei na sede, durante um sábado em julho, de um encontro onde a coordenadora, dentro da metodologia proposta pelo grupo, apresentou três artigos sobre a atuação do psicólogo em desastres, e posteriormente dividiu a turma em pequenos grupos, para discussão, formulação de propostas para soluções e elaboração de planejamento de atuação a partir de um estudo de caso oferecido.

Num segundo encontro com a FESPsi, em outubro de 2014, pude participar de uma capacitação proporcionada a um grupo de seis jovens psicólogas voluntárias na filial de Volta Redonda. Ao ser apresentada como mestranda da Fiocruz,-toda a equipe se esforçou em me deixar muito a vontade, demonstrando-se aberta a uma troca e motivados ao aprendizado. Nas discussões sobre os problemas encontrados pela filial, o trabalho com a percepção de risco das comunidades foi uma das sugestões principais levantadas pelo grupo como possível início de trabalho e as ideias de panfletar para informar sobre os riscos e causas – efeitos dos desastres junto às escolas. Nesse momento pude opinar falando a partir de uma intervenção que considera a sociologia dos desastres, uma intervenção a partir dos processos históricos, de produção de injustiças sociais, de relações de poder na produção de soluções, e da importância das práticas horizontais nas comunidades para se obter resultados eficazes. Ainda neste encontro, as profissionais expuseram um pouco de suas dificuldades em dialogar com a população que resiste a uma imagem de risco referente a siderúrgica CSN, principal fonte de renda da cidade. Foram sugeridas alternativas de parcerias em projetos com outras instituições locais junto as comunidades, levando sempre em conta o plano de contingência, hoje elaborado pela Defesa Civil com participação da

Cruz Vermelha. Na volta para casa, pude me aproximar um pouco mais de Andréia e de sua trajetória profissional.

A Cruz Vermelha se orienta pelo Projeto Esfera, um manual com normas mínimas para a assistência humanitária em locais atingidos por desastre. Criado em 1997 e governado por uma Mesa Diretiva composta por representantes de Redes internacionais de organizações humanitárias, o Projeto Esfera estipula desde as noções de saneamento básico, até questões de assistência individual á saúde. Orienta em relação ao tamanho dos abrigos, área interna e externa de acordo com o número de crianças, mulheres e idosos; abastecimento d'água, distância em relação ao local de abastecimento e volumes mínimos de água; desaconselha alojamentos compartilhados por mais de uma família; estipula formas de controle de transmissão de doenças, diagnóstico; nutrição dos afetados; acompanhamento daqueles que retornam para suas casas danificadas; entre outras orientações ao longo de seu extenso manual, para propiciar condições de vida com dignidade para os afetados (Manual Esfera, 2011).

O suporte psicossocial é considerado pela a Cruz vermelha, o processo de facilitação à resiliência dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A resiliência aqui é entendida como um retorno a normalidade anterior e de suas capacidades. Respeitando a independência, a dignidade e os mecanismos de *coping* (estratégia de enfrentamento, esforços cognitivos e comportamentais pré-elaborados para lidar com uma situação de ameaça, de dano ou um desafio, de forma consciente) dos indivíduos e da comunidade, o suporte psicossocial promove a restauração da coesão social. É uma intervenção voltada para promover o bem-estar local e prevenir/tratar qualquer desordem mental. Antes de se planejar uma ação de suporte psicossocial, é extremamente importante saber o que significa bem-estar para a comunidade atingida (Cruz Vermelha, 2009).

Quando entrevistamos um dos psicólogos voluntários que trabalhou no CC da CV, Renato, morador de Teresópolis e já envolvido há anos no cenário de saúde pública do município, reforçou a importância da Avit e da necessidade de nos aproximarmos dela, pois ela teria sido a principal instituição que funcionou como ponte entre a população afetada e o governo local numa tentativa de diálogo e consenso nas decisões. Renato relatou ainda que a mídia se preocupou em evidenciar o drama, mas a Avit sim circulou as informações precisas. Revelou então uma aproximação entre CC e a Avit, ao divulgar para os afetados

os atendimentos realizados no CC. Uma segunda referência de atuação nos foi narrada por Andréia, a respeito da Rede de Cuidados, ONG muito ativa em promover discussões junto ao CRP/RJ sobre as contribuições da psicologia para este cenário, a qual desenvolveu trabalhos junto às lideranças comunitárias orientando-se pela Psicologia Humanista. Esta ONG trabalhou por um período após a catástrofe na cidade de Teresópolis e Nova Friburgo, fornecendo ricas contribuições para o campo.

A segunda organização por nós buscada foi então a Associação de Vítimas da Chuva de 12 de janeiro em Teresópolis. Constituída em março de 2011 visando defender os interesses públicos das pessoas jurídicas e físicas afetadas pela catástrofe. Representa organização de importante luta e voz da população teresopolitana, formada pelas comunidades atingidas. Possui uma Diretoria Executiva que decide em colegiado, sendo cinco membros estatutários e dois regimentais. Os membros diretores são eleitos tentando-se manter uma representatividade de todas as comunidades associadas, de acordo com os mais votados em seus núcleos. Recentemente, em setembro de 2014, Joel Alves Caldeira assumiu a presidência da Avit, devido ao seu antigo presidente, Jorge Henrique Ramos de Mattos, assumir o cargo de Subsecretário de Fiscalização de Obras na Prefeitura do Município, e seu estatuto proibir o exercício de cargo público, eletivo ou não, aos seus Diretores. A Avit ofereceu aos afetados suporte psicológico, jurídico, odontológico e médico. Reivindicaram o aluguel social para os afetados, que hoje atende a cerca de três mil famílias no município. Em julho de 2013, propuseram uma mudança no artº 193-A da lei orgânica do município, que deixaria de aplicar o mínimo de 3% da receita própria do município em *construção de casas populares*, para "em habitação popular de interesse social, que será direcionada ao Fundo de Habitação de Interesse Social- FMHIS". O principal objetivo era ter mais transparência nas verbas endereçadas para a habitação dos afetados, depois de tantos escândalos referente a desvios ocorridos no governo municipal. Não por coincidência, em maio de 2013 o Tribunal de Contas da União (TCU) declarou que apuraria irregularidades identificadas nas transferências do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) ao Governo do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de recuperar escolas estaduais e municipais atingidas pela catástrofe serrana. O fundo transferiu R$74 milhões para a Secretaria de Educação do Estado do Rio de Janeiro (Seduc/RJ) a qual descentralizou R$23,6 milhões para a Empresa de Obras Públicas do

Estado do Rio de Janeiro (Emop). A Emop declara ter gasto mais da metade dos recursos com obras em 77 escolas, das quais o TCU visitou 19, creditadas como as responsáveis pelo gasto de mais de 60% desta verba, porém, lá encontrou diversas irregularidades e serviços incompletos (TCU, 2013).

Na Avit, quem nos recebeu foi Carla, a psicóloga que acompanha a associação desde o ano de sua criação. Ela nos informou sobre cursos de formação de lideranças comunitárias em gestão de crises, oferecidos em algumas comunidades atingidas, bem como o serviço de suporte psicológico até o fim de 2013. Realizados através de alguns encontros os grupos de apoio tinham como objetivo promover o compartilhamento das dramáticas e das vivências dos afetados, nas comunidades do Caleme e da Granja Florestal, bairros bastante devastados pela tragédia. As pessoas chegavam ao grupo de apoio através de um parente, vizinho, por iniciativa própria, ou por convite da própria psicóloga. No centro de Teresópolis, na Várzea, fica localizado o local onde semanalmente havia encontros para debater o passo a passo das reivindicações e formas deles reconstruírem seus espaços mutuamente da melhor forma possível. Sobre o sistema de monitoramento que usa alarmes por sirenes para prevenir acidentes, implementados pelo Governo do Estado do RJ em algumas comunidades atingidas, a Avit prontamente criticou o treinamento dado através de poucas horas de palestras como forma de capacitação para a população. Se a chuva atingir 40 milímetros em uma hora, as sirenes disparam com uma mensagem pré-gravada sobre riscos de deslizamentos e inundações, e os moradores devem deixar suas moradias para o ponto de apoio previamente combinado. A Avit continua militando pelos direitos dos afetados, realizando anualmente manifestações na Praça Santa Thereza, ponto central da cidade, no aniversário da catástrofe, utilizando esse momento e espaço, marcos referenciais da cidade, para denúncias, cobranças e homenagem aos mortos. Ela continua como principal referência de articulação entre Governo e população.

Outra instituição da qual nos aproximamos foi a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para tentarmos compreender as principais ações desenvolvidas e abarcadas pelo setor público. Fomos então prontamente recebidos pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS consiste num serviço de atendimento de saúde mental, criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, baseado no modelo aberto e de base comunitária amparado pela Política Nacional de Saúde Mental, lei

10.216°02, objetivando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A ele incube a responsabilidade de organizar a rede de saúde mental de seu território. Suas atividades ultrapassam suas estruturas físicas, em busca de uma rede de suporte psicossocial para seus usuários (MS, 2004). Sônia, coordenadora do atual CAPS de Teresópolis era, em tempo da catástrofe, a coordenadora da rede de saúde mental no município. Fomos então direcionados a ela para melhor nos informamos sobre as ações da época. Ela nos permitiu acesso ao relatório da Secretaria de Saúde sobre os números da catástrofe. Nele consta que 420 mortos foram identificados, destes, 9 eram pacientes da saúde mental do município. Das 882 pessoas que foram abrigadas, 58 eram pacientes da SM. A equipe de SM visitou 11 abrigos, fazendo uma triagem daqueles que precisariam de um acompanhamento profissional, oferecido pelos funcionários do ambulatório da rede em conjunto com mais seis voluntários psicólogos. Esses voluntários atenderam em grupos e oficinas durante quase um ano a 205 pessoas. Os funcionários da Secretaria de Saúde criaram um plano de contingência para a atuação que envolvia critérios para a utilização da água, doação de remédios, uso de luvas e seringas descartáveis, bem como o uso de álcool para higienização nos procedimentos. Médicos foram colocados de plantão no Ginásio Poliesportivo Pedro Jahara (Pedrão), o principal abrigo no evento. O atendimento no Hospital São José, Hospital das Clínicas e da UPA foram reforçados com a ajuda do governo do estado. Ao lado da prefeitura, foi estabelecido um hospital de campanha do governo do RJ para atendimento emergencial às vítimas.

Durante a entrevista com Sônia, os Médicos Sem Fronteiras (MSF) voltam a aparecer, dessa vez numa interface referencial com os profissionais atuantes pela rede municipal de saúde. Segundo ela, os MSF ficaram cerca de três meses no município. Eles não atenderam a população, mas promoviam reuniões com as equipes no ambulatório para debater alguns casos e tentar articular o trabalho.

Sônia elogiou o compromisso dos voluntários, todos moradores de Teresópolis, que sustentaram os atendimentos durante um ano, além do respeito mútuo a abordagem clínica de cada um e ao consenso de priorizar as estratégias de intervenção decididas mutuamente.

Após receber a instalação do CAPS no segundo semestre depois da catástrofe, hoje os funcionários da rede de saúde mental do município lutam pela instauração de um CAPS

AD, que tem seu foco de intervenção para o público dependente de álcool e drogas, dado o aumento do abuso de substâncias psicoativas na região. Dar cobertura as demandas surgidas em nível de saúde mental no município é o principal desafio da SMS, para tal, o aumento do quadro de funcionários é primordial, e uma das demandas da Rede. O último concurso realizado na cidade aconteceu há 10 anos, em 2005, o que contribui para uma defasagem enorme do quadro efetivo. Em conversa informal com funcionários da SMS, houve denuncias também quanto ao desvio de verbas destinadas ao CAPS, ou mesmo à Rede, em virtude de outros setores da administração pública. Enquanto nortes de atuação e abrangência, a Rede de Saúde Mental do município segue a princípios do SUS, quanto a universalização, integralidade e equidade dos serviços, e quanto as diretrizes da organização do SUS a participação social e a regionalização dos atendimentos como fator fundamental.

Os Médicos Sem Fronteiras (MSF) fugiam o nosso critério inicial de mapear as instituições envolvidas nos trabalhos sustentados em pelo menos um ano junto aos afetados, porém, devido ao peso da referência dada a organização observado nas entrevistas tanto com a Avit, quanto com a SMS, decidimos abrir uma exceção e ir em busca dos profissionais que atuaram na cidade de Teresópolis.

Os MSF é uma organização humanitária internacional independente, com mais de 80% de seu financiamento advindo de doações de indivíduos e iniciativa privada. Criada em 1971 na França por jovens, médicos e jornalistas, que atuaram como voluntários em Biafra, na Nigéria, ao perceberem as dificuldades de acesso ao local, bem como os entraves políticos e burocráticos que silenciavam diante de situações gritantes, reforçando as negligências locais. Seguem os princípios da Independência, Imparcialidade, Neutralidade, Transparência e Ética Médica. Com seu foco de atuação prioritariamente médico, os MSF chegaram ao Brasil em 1991, para combater uma epidemia de cólera na Amazônia. Estabeleceu, em 2006, seu escritório no Brasil no Catete, Rio de Janeiro, a fim de recrutar profissionais, captar recursos financeiros e promover ações de comunicação (MSF, 2014).

Fomos então ao encontro de umas das psicólogas que atuaram em Teresópolis pela organização dos MSF. Perguntamos a Silvia sobre os procedimentos iniciais dos MSF ao chegar na região serrana e os princípios que norteiam o trabalho:

> A gente faz um mapeamento, temos um protocolo, nos primeiros 2,3 dias que visa saber quais partes da cidade foram atingidas: prefeitura, hospital, escolas, número de óbitos, líderes locais, quantas famílias internadas, desalojadas, vamos até a equipe local, nos apresentamos, saber o quão preparados eles estão para aquele atendimento, pra depois fazermos um relatório, se comunica com a nossa célula de operações pra respondermos: isso é ou não é uma missão para o MSF? A gente ficou super pouco tempo na região serrana, o próprio logístico que veio na época pra ajudar nunca tinha visto tanto helicóptero, nem na época do terremoto do Haiti. A gente tem uma secretaria de saúde muito forte, muitos recursos, muitas universidades na região, tem muitos profissionais da área de saúde. Então foi algo bastante pontual. (...) Hoje o Brasil não é um país, neste instante, nesta região, que precisa de uma ajuda externa. Isso é uma boa notícia. (...) Um país rico, que tem um sistema público de saúde, então a gente fez um mapeamento desse sistema, identificou quais atores sociais poderiam assumir o projeto depois que nós fossemos. Toda vez que a gente começa um projeto a gente já começa pensando no *handover*, essa é a nomenclatura que a gente usa, e assim foi também na região serrana. Então, desde o primeiro instante a gente tem que pensar que a gente não vai ficar. Se a gente não conseguir trabalhar junto aos atores locais que façam o atendimento, quando não tem, a gente contrata pessoas locais para que aquelas pessoas façam o atendimento. Então a gente ajuda a eles a pensarem quais os pontos de referência, que irão ajudar a trazer de volta a identidade daquela cidade. Isso é o mais importante, começar a construir a partir das pessoas da comunidade. (...) Outra coisa muito importante também a se considerar é que a imensa maioria das pessoas não vai precisar de um apoio especializado, a situação de desastre põe uma população em sofrimento, isso não significa que elas vão precisar de um especialista. A imensa maioria dos cuidados eles vão receber entre os próprios familiares, entre a própria comunidade, de algum líder religioso, ou líder da associação, enfim, uma pessoa de referência que vai reunir as pessoas, permitir que eles criem lá espaços de troca, de acolhimento. A imensa maioria se reconstrói (Silvia, MSF).

"Como eu posso te servir? Se é que vocês precisam". Talvez essa seja uma consideração importantíssima levada em conta pela organização dos MSF. Entrar num novo ambiente, que possui seu campo histórico de lutas e entraves políticos, requer cuidados quanto a reprodução de uma prática imperialista, como nos alerta a pesquisadora Norma Valencio (2010). Dessa forma, os MSF buscam superar essa prática a partir de uma decisão tomada em conjunto, tanto com aqueles que foram atingidos, quanto com aqueles membros da organização que nem ao local chegaram. Isso representa um consenso da singularidade de cada situação, e da importância de contribuição de cada ator social. Não se trata de desmerecer a assistência humanitária, mas de priorizar uma ação na qual a demanda parta dos afetados e os envolva nas soluções, considerando-os como sujeitos de sua própria

história, negligenciados dos seus direitos mais primórdios, como habitação e saúde, porém munidos de um saber próprio e local necessário para uma interação sociotécnica.

Essas considerações profissionais compartilhadas por Silvia, corroboram com os relatos do suporte social oferecido pela própria comunidade nos estudos apresentados por Fernandes et al (2013), que fazem uma discussão a respeito do suporte psicossocial oferecido no período pós-desastre. Narram uma experiência de famílias abrigadas, depois de uma enchente em zona rural do Rio Grande do Sul em 2008, as quais expressaram o seu estranhamento ao receberem donativos de desconhecidos, assim se auto-percebendo como vulneráveis ao se depararem desprovidos de seus utensílios habituais, bem como de seus objetos essenciais e simbólicos que representavam sua identidade individual e familiar.

Neste estudo, o suporte oferecido pelos membros da comunidade, mantidos no mesmo abrigo, ou mantendo-se o convívio através de trabalhos conjuntos numa tentativa de reconstruir suas rotinas, ou criar um ambiente com algo que pudesse gerar uma segurança familiar a vida antiga, foi apontado como mais potente do que o suporte oferecido por parentes distantes (moradores de outras localidades). Evidencia a importância de reorganizar suas rotinas, a partir da retomada do convívio com a comunidade, potencializando essa ação conjunta.

Dessa forma, o suporte psicossocial pode ser compreendido como o processo de facilitação à resiliência dos indivíduos, das famílias e das comunidades, em que busca neste processo o respeito a autonomia e a dignidade, favorecendo as estratégias de enfrentamento das situações vivenciadas. Chamamos atenção para a importância de que antes de se planejar uma ação de suporte psicossocial, é necessário que a comunidade se expresse e defina suas prioridades.

Outro aspecto alertado por Silvia foi sobre os riscos dos discursos de vitimização dos afetados, e da exaltação da presença do especialista. Os atendimentos são vistos como se fossem essenciais e as resoluções dependentes dos mesmos. Essa é uma realidade sempre presente nos contextos de desastres, que conta com um excesso de mão de obra despreparada e voluntária.

> Uma coisa que aconteceu e acontece muito no Brasil é aparecer um número de voluntários, pessoas físicas, num número muito grande. E aí era uma circulação imensa de gente, nos abrigos, nos locais onde as

> pessoas que tinham vivido o desastre estavam tentando se recuperar. Parecia que tinham muita boa vontade, mas pouca técnica. Isso chega a ser prejudicial, desconfortável mesmo pra quem tava ali pensando em como reestruturar a vida, precisando tomar decisões super pragmáticas. De aonde eu vou buscar meus documentos pra conseguir o aluguel social?O cartório tá ali, o cartório não tá? Tá funcionando, não tá funcionando? Teve um impacto na economia da região, tava difícil transitar na cidade. Então, uma porção de demandas super básicas, muitos voluntários da psicologia indo até lá, com muita boa vontade, mas ao mesmo tempo desorganizados, desarticulados. Então a gente trabalhou bastante tentando articular este grupo que estava aparecendo (Silvia, MSF).

O trabalho narrado pelo MSF considera a importância de se selecionar mão de obra local e agir enquanto consultoria devido a sua experiência nos mais diversos contextos de desastres. Aqui, fica ratificada a concepção de resiliência enquanto processo de empoderamento e construção através de práticas horizontais e da circulação de informações que dependem de articulações mais facilmente operadas quanto mais a inserção dos profissionais locais.

5.3 – A atuação de profissionais e voluntários

As equipes de voluntários, atuantes em Teresópolis, tiveram em maioria jovens, entre 20 a 30 anos de idade. Esse fato é comum nas situações de desastres, e muitas vezes, está associado inexperiência. Mas, ao conversarmos com Carla, psicóloga da Avit, em seu consultório, narrou-nos um encontro realizado na Faculdade Serra dos Órgãos (FESO), no qual estavam presentes profissionais de saúde da rede pública, privada e voluntários, todos “batendo cabeça”. Ninguém sabia por onde começar, “ninguém estava preparado!”. Ressaltou então a chegada dos Médicos Sem Fronteiras na cidade: “Aqueles caras organizaram o trabalho!”. Três jovens profissionais, “beirando os 30 anos”, mas, de acordo com ela, “preparados”. Essa expertise dos MSF, que consideramos um patrimônio da instituição, contribuiu para orientação da ação em um ambiente de despreparo profissional.

Como então qualificar quem está ou não preparado? É possível se definir o experiente? A experiência pode ocorrer descontextualizada? Acreditamos que a formação é processo, que apesar de requer tempo, a prática se ressignifica constantemente, e depende

também da dinâmica das entidades coletivas relativamente pertinentes em jogo num determinado contexto (Schwartz, 2010).

A articulação dos conhecimentos técnicos disciplinares nas situações de emergências e desastres é um desafio. Para Cohen (2008), que atua em contexto de desastres desde a década de 70, e que vem dedicando sua vida para a capacitação de profissionais de saúde para intervenções nesses contextos, alguns temas como elaboração de perda/luto e adaptação, capacidade de enfrentamento, reações traumáticas, podem ser de conhecimento prévio dos profissionais, por serem trabalhados em clínicas e hospitais também, porém, o como se dá essa prática em áreas não usuais como abrigos, bairros destroçados e sobreviventes impactados pelo evento, é uma competência desconhecida. Ele ainda alerta para o fato de que os profissionais de saúde atuantes nos locais de desastres são também, muitas vezes, vítimas da catástrofe, e são convocados a assumirem suas responsabilidades em meio a crise, por isso eles também devem ser alvo de cuidados.

A formação do psicólogo se constitui de várias áreas de atuação, cada uma com a sua prescrição própria e modos de agir, seja na clínica, no meio organizacional, hospitalar, escolar, social ou jurídica. A clínica representa a área de atuação da psicologia mais enraizada no imaginário social, como lugar de saber e suposta neutralidade cientifica. Se desvincular dessa construção do senso comum, bem como também da rigidez de algumas vertentes clínicas que protocolam sua intervenção psicológica ancorada nesta neutralidade, não considera o debate de normas presente na atividade, que aponta Schwartz (2000). Essas normas que antecedem o agir podem cristalizar-se sem considerar o meio, as condições, e o indivíduo.

Isso fica expresso na fala de Paula, psicóloga voluntária da Cruz Vermelha, quando descreve as reações promovidas pelo cenário do desastre em sua atuação. Ela não hesitou: "não pode se fragilizar a ponto de chorar com o paciente. Tem que ser forte também!". O debate de normas e seus valores são revelados sem pestanejar. Aqui a conduta segue e se cristaliza pela norma, norma não expressa claramente pelo código de ética dos psicólogos, mas acordada tacitamente como conduta apropriada, e consequentemente sob um julgamento do olhar do outro quanto a sua competência profissional.

O conceito de empatia é bastante utilizado, tanto na clínica, quanto em contextos sociais. Ele significa segundo Hoffman (1981) "resposta afetiva vicária a outras pessoas",

ou seja, é você desenvolver uma resposta afetiva motivada pela situação em que o outro se encontra, não de acordo com a sua própria situação. Atualmente, este conceito foi apropriado como um traço de "inteligência emocional", tanto pela neurociência, quanto pela psicologia cognitiva.

No entanto, essa vertente cria um rompimento entre a capacidade cognitiva de compreender, ou se colocar no lugar do outro, e a capacidade afetiva de você compartilhar as emoções do outro. Como falar em grupos de apoio, terapias de grupo, ou mesmo de coletividades através da exigência de um corpo onde razão e emoção, cérebro e coração são ainda considerados assistemáticos e desvinculados de um contexto social? Como potencializar vidas sem permitir que essas histórias te envolvam?

Retomando o encontro com Carla, psicóloga da Avit, esta gestão das dramáticas promovidas pelo *corpo-si*, ganha um outro sentido. Psicóloga da instituição, talvez foi quem mais se aproximou das interfaces entre governo e afetados e de suas histórias. Psicanalista de formação e prática, Carla desabafa os entraves vividos num cenário novo:

> Eu me apresentei na delegacia (cidade de Teresópolis), não sabia o que fazer, mas queria ajudar (...) acompanhei os familiares no reconhecimento dos corpos, muitas vezes eu não falava nada, mais pela presença, pelo toque (...) foi muito difícil, era uma situação inédita! Depois me apresentei no abrigo, tinha uma salinha, eu entrei ali e fiquei esperando quem queria ser atendido (...) sempre atuei em consultório, era minha prática. Depois comecei a me familiarizar mais com o contexto. (Carla, AVIT)

A Psicanálise é uma vertente da clínica que também apresenta sua divisão de lugares na terapia, como o lugar do suposto saber que exerce o terapeuta e que deve ser sustentado perante o paciente. Caracteriza uma universalização atemporal de alguns conceitos sobre o desenvolvimento da sexualidade infantil, sobre a vivência do Complexo de Édipo, o divã e o lugar do analista, que talvez fujam o contexto iminente de suporte em um desastre. Mas também apresenta ferramentas úteis em contextos de desastres a serem considerados, como a escuta clínica, a atenção flutuante e a consideração da existência de um inconsciente, individual e coletivo. Não que este seja o lugar e o momento para uma análise profunda, mas trabalhar com essas ferramentas ou abrir mão das mesmas faz parte de um jogo do agir competente de cada profissional. Carla, com o timbre emocionado e a motivação (principalmente de cunho identitária) em narrar sua participação nesta história inesquecível da cidade, sua também por nascença, nos rendeu duas horas de conversa que

fluíram como se num minuto fosse. Esse pertencimento foi observado como algo diferencial no engajamento dos profissionais, não em nível de compromisso ou efetividade na ação, mas de envolvimento político nas lutas. Devido a seu contato mais próximo com os afetados, indaguei sobre alguma história que a tenha marcado de forma especial. Narrou-me então o drama de uma família de zona rural de Teresópolis: viviam em seu sítio, com o sustento de sua própria lavoura. O pai patriarca da família possuía ao seu redor seus quatro filhos, casados e com seus próprios filhos, morando em casas diferentes, mas ainda dentro da propriedade familiar. Todos engajados no setor agrícola, acostumados aquele contato direto com a terra, com o livre espaço, e uma vida simples. As águas e os deslizamentos de 12 de janeiro mudaram suas vidas, interditando suas terras e também com a dura perda de dois de seus membros. A família teve que ser deslocada, ou melhor, as cinco famílias. Na espera pela liberação do aluguel social, se amontoaram numa mesma casa de dois cômodos, no alto de uma comunidade de Teresópolis. Tiveram que se readaptar a tudo novo, a uma dinâmica urbana nova, a uma dinâmica familiar inédita. Buscar novos meios de trabalho e sustento. Carla atendeu uma das filhas em seu consultório, individualmente. Trazia para o consultório sempre algum doce, ou bolo, feito artesanalmente, como presente, também como um resquício da antiga vida. Atendeu também algumas vezes ao patriarca, o qual sempre trazia o discurso da esperança de que suas terras seriam logo liberadas. Um pouco mais de um ano depois da tragédia, o patriarca veio a falecer. "Morreu de que?", perguntei. "Morreu de tristeza!", disse-me ela. Arrancaram suas raízes, quanto mais poderia durar? Questionei então o que ela mais percebeu de sintomas na vida dos atingidos pela catástrofe em Teresópolis. Ela se recusou a rotular como "depressão", mas afirmou uma tristeza profunda, uma desorientação no olhar daqueles com o qual compartilhou as vivências. Carla estava lá, sempre esteve. Dessa vez fora do consultório para atender nas ruas, para ver defunto num número tão intenso que ultrapassa a soma dos até então vistos ao longo de sua vida. Afinal, sua prática, até então, nunca lhe demandara isso. Ao final do encontro, perguntei se ela adquirira algum novo hábito, mesmo em sua vida pessoal, após se envolver na temática de desastres. Pensou por um momento e confessou que eu a permiti um *insight*, o qual ela ainda não havia associado a experiência vivida. Desde o evento, ela vem se exercitando mais, pois argumentou que a força e o condicionamento são requisitos para atuação na emergência, além de agora, se aventurar em esportes radicais.

O trabalho em eventos extremos representa também um debate de normas que envolve o risco e a priorização da proteção da vida humana. Uma atividade de risco que desafia a tomar decisões que muitas vezes leva os profissionais a quebrar protocolos, ter jogo de cintura e prever o pior a ponto de tomar decisões de gestão descentralizada como precaução. Essa relação entre profissionais e a categoria risco é inegável neste campo de atuação e volta a aparecer em entrevista com Andréia:

> Quando a gente trabalha com a morte, a gente qualifica a vida! Eu não centralizo informação, porque você não sabe se amanhã estará ali, se você não puder estar, tem que disponibilizar todo o processo, de como funciona...(Andréia, CV).

A realidade de atuação do profissional revela uma dramática, que transitar entre o prazer de uma atividade repleta de sentido, que visa o bem estar comum, e o medo. O sofrimento de se deparar com um cenário de injustiças sociais, tão desmascaradas e emergentes num desastre, e suas vulnerabilidades, além da imprevisibilidade enquanto impotência humana. Não temos o controle, somos mortais. A morte é a sentença final, onde a evolução nos é interditada. Andréia, num momento informal, comparou seu trabalho como a uma organização de uma grande festa, na qual você deseja que o dia do evento nunca chegue. É trabalhar atento aos detalhes, enredando diferentes serviços e áreas de atuação, desejando que este planejamento e preparo não sejam precisos.

Estas situações podem promover diversas formas de adoecimento Rodriguez et al. (2010) sugerem três mecanismos de defesa e adaptação a serem utilizados por esses profissionais em suas prestações de serviços: supressão, aceitação e humor. A supressão é a exclusão intencional dos pensamentos (pessimistas) persistentes; a aceitação é o reconhecimento de que as coisas fogem o controle do prescrito, e o humor, utilizado com inteligência e audácia, é uma estratégia negativa e defensiva que permite a catarse da angústia dessa missão. Mas que missão é essa que leva o trabalhador a planejar a continuidade do trabalho mesmo após sua morte? O que leva um trabalhador/sujeito a se arriscar para salvar vidas?

> Eu acho que tem algumas coisas que apoiaram na minha escolha, que tem haver com o lugar que eu estudei. Então, eu não sou religiosa, nunca fui, por outro lado eu estudei em uma instituição religiosa que então eu acho que me trouxe alguns valores que me permitiram aí fazer algumas escolhas de trabalho, e em que eu queria investir as minhas energias,

> quero trabalhar pra que? (...) Trabalhei 5 anos no setor privado. Fui ficando frustrada com o setor privado porque apesar de ganhar super bem, ter aumento de cargo de tempo em tempo, eu não me sentia confortável comigo mesma enquanto profissional, eu queria algo que me satisfizesse melhor em atender as pessoas. Quando eu li a carta dos médicos sem fronteiras que conta que é uma organização baseada nos princípios de imparcialidade, de neutralidade, de atuação independente, não tem vínculo com nenhum governo, nenhuma instituição religiosa, nenhum partido político, que são pessoas físicas financiando a organização, eu me identifiquei muito. (Silvia, MSF)

Aqui retomamos um debate de normas, na qual se evidencia que o trabalho nunca é apenas heterodeterminação, ou seja, uso de si pelos outros, mas também uso de si por si, lugar de retrabalho de sua própria história, de desafios latentes de sua própria infância, aliados a desafios postos pela variabilidade da atividade humana, singular em todos os seus contextos. A solidariedade na ação é vista como traço fundamental no perfil do profissional atuante em eventos extremos. Um sentido dado ao trabalho que vai muito além do cumprimento de tarefas ou da recompensa econômica. Um trabalho que assume sua forma enquanto práxis social interativa. Um aspecto utilitarista da atividade, como forma de compartilhar, de se aproximar do outro e de se completar com o outro. Essa amplitude de troca pode ser encarada como a oportunidade de desenvolvimento da habilidade técnica. A trajetória pessoal do profissional tem peso fundamental para essa percepção e escolha de vida. Para essa capacidade de tomar decisões e propor em grupo. Sua história de vida, seus encontros, suas relações, são o que predominantemente permitiram constrangimentos, desconfortos e estranhamentos de uma certa padronização de pensamento, de vida.

Simoni (2000) chama de “vocação” essa descoberta basilar do trabalho, além de um percurso que permite dialeticamente a co-construção do objeto (trabalho) e do seu sujeito (trabalhador) numa abordagem transcendental.

Após Sílvia ressaltar uma importância do olhar clínico do cuidado impregnado no olhar do profissional de psicologia atuante em contextos de calamidade pública e da solidariedade que prioriza um bem comum existente na vocação desses profissionais, perguntamos sobre os procedimentos iniciais dos MSF ao chegarem na região serrana e os princípios que norteiam o trabalho da instiutição.

> Você não simplesmente chega num lugar desconectado, do nada. Eu acho que esse foi o desafio da região serrana. Uma porção de pessoas interessadas no que estava acontecendo, cheios de boa vontade, mas, assim, sem preparo... tem que estar inserido, articulado. O olhar de saúde pública é algo que você não ensina nas primeiras 24horas. Não é a competência técnica, mesmo a comportamental que vai fazer de um ser um bom profissional de atuação em desastre. Tem que estar ligado a política pública daquele município. Não pode ser uma oferta de serviço isolado, particular, privado. Não dá pra pensar na formação só a nível individual. Precisa ter um olhar clínico do cuidado, com uma bagagem de serviço público, de saúde pública. Então a gente trabalhou bastante tentando articular este grupo que estava aparecendo, pois eles que dariam prosseguimento (Silvia, MSF).

Um dos principais desafios da atuação em desastres a se desenvolver nos profissionais atuantes é uma perspectiva de vínculo com as necessidades da coletividade. Trata-se de um olhar que se aproxima da perspectiva ergológica, privilegiando o encontro, acreditando numa prática de transformação pessoal e social. Como diz Simoni (2000), "ir para ver", "ir para viver", "ir para ver com os olhos do outro". Não se pode tentar ver a situação com os olhos da sua própria inserção em sua estrutura social. Mas é preciso compreender as pessoas e aceitar que aquilo que você acredita propor como solução, nem sempre é o que as pessoas querem. Não impor nossas verdades é algo difícil, repensá-las, contextualizar nossa prática, representa um *know how* de atuação necessário para aqueles que lidam com o setor Público. Isso se insere na articulação dos ingredientes quatro e cinco, que falam de uma busca por um aperfeiçoamento da atuação em prol do bem estar comum, por uma filosofia de uma equipe que discorda de um individualismo ingrato, ou de um incentivo a competição que proporcionam uma geração que só acredita no que vê e compra. Aqui se evidencia a importância do saber prático, mas retomando a metodologia ergológica sugerida com a DD3P, a sinergia operacionalizada pelo terceiro polo ético-epistêmico entre os dois primeiros polos, este da experiência com o da disciplina.

Considerações Finais

O preparo dos profissionais da atenção psicossocial para a atuação em desastre é sem dúvida uma temática que merece atenção. Para contemplar essa formação, não basta estipular técnicas, padronizar procedimentos e sequências a serem reproduzidas de forma descontextualizadas, como se passíveis de serem postos em práticas por qualquer profissional (independente da experiência, da linha de atuação), em qualquer ambiente, sem pensar numa articulação entre instituições, técnicos e atingidos.

Para dar conta desta demanda social e política e deste dever prescrito no código de ética dos psicólogos, a Psicologia em Emergências e Desastres precisa fazer parte dos currículos de formação, na qual as discussões sobre saúde e direito sejam parte integrante e fundamental dessa abordagem. É essencial que a psicologia se debruce sobre modos de enfrentamento dos desastres, que contemplem o controle social e público na criação de políticas de prevenção. Uma aposta na potencialização do exercício da cidadania por esses grupos, sem considerar o sofrimento dos afetados como algo crônico e medicalizante, ou mesmo assumir uma postura assistencialista.

No caso especifico da psicologia, campo de conhecimento no qual as competências e contribuições são importantes para a reconstrução das comunidades atingidas, alerta-se para a necessidade de discutirmos essa atuação enquanto uma prática livre das padronizações mercantis, da velocidade globalizada e dos discursos verticalizados de um mundo planetariamente interligado que contribuem para uma reprodução de desigualdades, bem como para o reforço de um modelo de saúde baseado na doença.

Ressaltamos aqui a TCI enquanto prática integrativa já incluida na PNPIC do SUS, como uma possibilidade de estratégia de intervenção eficaz na construção de uma resiliência coletiva através de um trabalho grupal em contextos de desastres, necessitando de maiores capacitações proporcionados pelo Ministério da Saúde aos profissionais da Atenção Básica para disseminação desta prática.

No entanto, a intervenção predominante utilizada em contexto de desastre pela psicologia tem sido de base cognitivista, a qual aqui já apontamos como a que mais se aproxima do discurso biomédico, de um modelo diretivo, mais conservador, que reproduz

práticas hegemônicas e assistencialistas. Observamos também que esta é uma corrente que se mune de técnicas capazes de serem melhor materializadas, o que talvez possa gerar em alguns profissionais uma certa sensação de segurança e de padronização de um caminho a ser feito eficazmente e capaz de ser avaliado de maneira quantitativa. É claro que estas técnicas podem sim estar adequadas em algum momento, mas não devem ser o ponto de partida. De maneira nenhuma acreditamos que seja um trabalho fácil. Fácil mesmo é reproduzir, ainda mais sem sentir. Lançar mão da escuta e do acolhimento é e sempre será o maior desafio dessa profissão. Em contexto de desastre, esta intervenção enquanto ato político precisa abranger um aspecto transdisciplinar dentro de uma lógica de diversidade de atravessamentos que esta temática proporciona.

O desastre, em sua dimensão política, econômica e simbólica, é capaz de mobilizar e promover uma interação entre diversos atores sociais. É uma rede de assistência que se forma e na qual podemos observar a presença tanto do poder público em suas esferas administrativas federais, estaduais e municipais, quanto a ação do setor privado e de ONGs, como a presença de organizações como os Médicos Sem Fronteiras, da Cruz Vermelha e de voluntários, locais ou não. Nesses eventos apontamos para a necessidade de melhores níveis de integração institucionais para que as propostas de atenção feitas sejam condizentes, em campo, com as suas idealizações; e da aproximação às vivências da comunidade para que não partamos apenas de uma análise puramente estatística do perfil socioeconômico das comunidades e de nossas próprias projeções quanto às escolhas e decisões dos afetados, mas que as estratégias adotadas sigam ao encontro das necessidades dos assistidos e de acordo com a viabilidade das intervenções.

É fundamental propor espaços institucionalizados onde a assistência e a saúde, SUS e SUAS, tenham possibilidades de articulação, como a criação de uma conferência integrada, de atenção psicossocial, a níveis regionais e nacionais, que abranja também a temática dos desastres.

Este estudo limita-se a uma abordagem exploratória feita num período de três anos após o evento, com inacessibilidade a alguns participantes e dificuldade de identificação todas as instituições envolvidas devido ao tamanho do evento e tempo para desenvolvimento do trabalho. Analisamos o modelo de atendimento a partir da narrativa

dos profissionais envolvidos. Dessa forma, buscamos recuperar os fatos, sem a oportunidade de uma observação direta do trabalho e uma análise de sua atividade dado o fim dos atendimentos antes da nossa inserção em campo. Este estudo também não contempla uma avaliação dos assistidos sobre o modelo de atenção ofertado. Contudo, as experiências compartilhadas e o movimento gerado pelo evento, tanto nas instituições quanto individualmente nos profissionais, nos proporcionaram um espaço de reflexão para debate e produção do conhecimento quanto às práticas reproduzidas nos contextos de emergência e desastres a partir da intervenção do psicólogo. Buscamos então reforçar a importância de mantermos este tema nas discussões da Saúde Coletiva a partir do conceito ampliado de saúde.

O que ultrapassa seus limites e fica como apontamento possível para desenvolvimentos de estudos futuros, foram os diversos tipos de injustiças sociais observados através dos descasos políticos e corrupções envolvidas nesta dramática rede de atenção a saúde que desviou verbas e inviabilizou projetos. Principalmente, no que tange a habitação, não entregou casas para os afetados e desalojados, não sustentaram parcerias de atuação, questões que passam por um atravessamento das relações de poder local. A chegada do CAPS num território com tanto atraso, e o surgimento de uma demanda por um CAPS AD, observando uma alta rotatividade dos coordenadores da saúde mental no município. A participação social dos atingidos, entre eles, com mais riqueza de detalhes a organização e parcerias feitas pela Avit, fundamental neste campo de lutas no município de Teresópolis. Ratificamos então a importância de estudos que contemplem essas micropolíticas não com o foco apenas na assistência, mas na produção de novas formas de viver.

Referências Bibliográficas

ALVES, R. B.; LACERDA, M. A. de C.; LEGAL, E. J. A atuação do psicólogo diante dos desastres naturais: uma revisão.Psicol. estud., Maringá ,v. 17,n. 2,June 2012

ALVES, H.P.F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. Rev. bras. estud. popul., São Paulo, 23(1),pp.43-59, 2006.

BECKER, H.S. As políticas de apresentação: Goffman e as instituições totais. In: Erving Goffman: desbravador do cotidiano – Gastaldo, Édison (Org.). Porto Alegre, Tomo Editorial,2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. 1 ª edição. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Cidades Resilientes.2014. Disponível em: < http://www.mi.gov.br/cidadesresilientes/#pos_conteudo>

BRASIL. Presidência da República. Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Lei 12.608/12. Brasília,2012.

BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Desastres Naturais: conceitos básicos. I Escuela de Primavera Sobre Soluciones Espaciales Para El Manejo de Desastres Naturales Y Respuestas de Emergências Inundaciones. INPE,2010

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria 336/GM/MS. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial de acordo com a abrangência populacional. 2002. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf. [Consultado em 11-08-2012].

BRASIL. Ministério da Saúde. A organização do Sistema Único de Saúde para atuação em desastres. VIII Reunião de Vigilância Sanitária de Alimentação, Goiânia/GO, 2012., SVS/MS,2012.

BRUGGEMANN, F. Percepção de Risco. Florianópolis: Defesa Civil de Santa Catarina, 2009.

CANGUILHEM, G.- O Normal e o Patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 3.ed. revisada e aumentada. Rio de Janeiro: Forense-Universitária,1990.

CANGUILHEM, G. Meio e normas do homem no trabalho. Pro-posições, 12(2-3) (35-36). jul-nov,2001.

CARVALHO, A.C; BORGES,I. A trajetória histórica e as possíveis práticas de intervenção do psicólogo frente às emergências e os desastres. V Seminário Internacional de Defesa Civil,2009.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ESTUDO E PESQUISA EM DESASTRE (CEPED/UFSC). Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991-2010, vol. Brasil. Florianópolis,2012.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA RJ. História, Missão e Princípios Fundamentais. Disponível em: <http://www.cruzvermelharj.org/cruz-vermelha-brasileira/> Acessado em 20/10/2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL. Enfrentamento de crises em situações de emergências e desastres. CRPRS,Ano XIII, ano 62, 2013.

CUTTER,S. A ciência da vulnerabilidade: modelos, métodos e indicadores. Revista Crítica de Ciências Sociais, 93, p.59-69, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica [Consultado em 15-10-2014]

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. II Seminário Nacional de Psicologia em Emergência e Desastres. O Psicólogo no enfrentamento dos desastres, CFP, pp.15-25, 2011.

COHEN,R.E. Lecciones Aprendidas Durante Desastres Naturales: 1970-2007. Terapia Psicológica, 28(2), pp.155-160,2008.

COUTINHO, E. S. F.; FIGUEIRA, I. Atendimento psicológico às vítimas de catástrofes: estamos fazendo bem? Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8,aug. 2013 .

COVA, F; RINCON, P. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental.Ter Psicol, Santiago ,v. 28,n. 2,dec.2010.

DEVILLY,G.J.; WRIGHT,R.;GIST,R. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. Ver Bras Psiquiatr, 25(Supl I), pp.41-45,2003.

ECHEBURUÁ, E. The challenge of Posttraumatic Stress Disorder Prevention: How to Survive a Disaster?. Terapia Psicológica, 28(2) 147-154,2010.

El Projecto Esfera – Carta Humanitaria e Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre. Edições 2000 e 2004.

FARIA, E. Dicionário Escolar Latino Português. 5ªedição – Editora FENAME;1975.

FERNANDES, G.C.M.; BOEHS,A.E.; HEIDEMANN,I.T.S.B. O Suporte social durante a transição familiar no pós-desastre natural. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 22(4),pp.1098-105,2013.

FIGUEIRA, I. Tsunami 2004 Qual Será o Impacto dessa Tragédia? Psiquiatria Hoje – Jornal da Associação Brasileira de Psiquiatria, 26(6), p18-22, 2004.

FIGUEROA, R. A; MARIN, H.; GONZALEZ, M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Rev. méd. Chile,Santiago ,v. 138,n. 2,feb.2010.

FREITAS,C.M.,CARVALHO,M.L.,XIMENES,E.F.,ARRAES,E.F.,GOMES,J.O. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , 17 (6), 2012.

FREITAS, C.M.; XIMENES, E.F. Enchentes e saúde pública: uma questão na literatura científica recente das causas, consequências e respostas para prevenção e mitigação.Ciênc. saúde coletiva,Rio de Janeiro ,v. 17,n. 6,p. 1601-1616,jun.2012

G1, RJ. Região Serrana.Governos investiram R$ 7 milhões em obras em Teresópolis.2013. Disponível em http://g1.globo.com/rj/serra-lagos-norte/noticia/2013/01/governos-investiram-r-7-milhoes-em-obras-em-teresopolis-rj.html [Consultado em 15-01-2013].

G1, RJ.Região Serrana. Associação de vitimas prepara homenagem em Teresópolis,RJ.2013. Disponível em http://g1.globo.com/rj/serra-lagos-norte/noticia/2013/01/associacao-de-vitimas-prepara-homenagem-em-teresopolis-rj.html [Consultado em: 16/01/2013].

GIDDENS, A. As Consequências da Modernidade. São Paulo: Ed Unesp. 2ª Ed,1991.

GIDDENS. A. Modernidade e Identidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores.2002.

GOMES, E. R. B.; CAVALCANTE, A. C. S. Desastres naturais: perdas e reações psicológicas de vítimas de enchente em Teresina-PI. Psicol. Soc., Belo Horizonte ,v. 24,n. 3,2012.

GUIMARO, M. S.; STEINMAN,M.; KERNKRAUT,A.M.; SANTOS,O.F.P.;LACERDA,S.S. Sofrimento psicológico em sobreviventes do terremoto ocorrido no Haiti em 2010.Einstein (São Paulo),São Paulo ,v. 11,n. 1,Mar. 2013.

IASC. Salud Mental y apoyo psicossocial em las emergências humanitárias: ¿Qué deben saber los actores humanitarios de salud? Ginebra,2010.

IBGE .Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE Cidades.2012. [banco de dados da internet]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1 [Consultado em 11/08/2012].

INTERNATIONAL FEDERATION OF RED CROSS AND RED CRESCENT. Societies Reference Centre for Psychosocial Support. Psychosocial interventions, a handbook. DK-

2100 Copenhagen, 2009. Disponível em: < http://w3.ifrc.org/Docs/pubs/health/psychosocial-interventions-handbook-en.pdf> Acessado em 09/12/2013.

ISAZA, C. C. P.; BARRERA, P. L. H. El caso de los sobrevivientes del deslizamiento de Villatina (Medellín, 1987): estudio etnográfico, 2005. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 25(1) 16-25, 2007.

HOFFMAN, M. L. The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), Empathy and its development (pp. 47-79). New York: Cambridge University Press,1987.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S.; ROBERTS, T. An integrated program to train local health care providers to meet post-disaster mental health needs.Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 18,n. 4-5,Nov. 2005.

LANDAU, J.; SAUL, J. (2002). Facilitando a Resiliência da Família e da Comunidade em Resposta a Grandes Desastres. Pensando Famílias nº4, ano 4, (56-78).

LOUBAT, M.; FERNANDEZ, A. M.; MORALES, M. La Experiencia de Peralillo: Una Intervención Psicológica para el Estado de Emergencia.Ter Psicol,Santiago ,v. 28,n. 2,dec. 2010.

LÓPEZ,T.E.;NAZARIT, P. S. El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperación internacional. Rev Panam Salud Publica, vol.30, no.2, p.160-166, Ago. 2011.

MAGANA, I.F.; SILVA-NADALES, S.; ROVIRA,R.R. Catástrofe, Subjetividad Femenina y Reconstrucción: Aportes y Desafíos desde un Enfoque de Género para la Intervención Psicosocial en Comunidades Afectadas por el Terremoto.Ter Psicol, Santiago , v. 28,n. 2,dec. 2010.

MARANDOLA JR ; HOGAN DJ. Vulnerabilidade do lugar vs. vulnerabilidade sociodemográfica: implicações metodológicas de uma velha questão. Rev. bras. estud. Popul; 26(2):161-181,2009.

MARCELINO, E. V. Desastres Naturais e Geotecnologias: Conceitos Básicos. Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE). Santa Maria, 2007. Disponível em: < http://www.inpe.br/crs/geodesastres/conteudo/publicacoes/conceitosbasicos.pdf> Acessado em 19/01/2014.

MARIN, P. C.; LÓPEZ-LÓPEZ,W. Atención Psicológica Postdesastres: Más que um "Guarde La Calma". Una Revision de lós modelos de lãs estratégias de intervención. Sociedade Chilena de Psicologia Clínica. Terapia psicológica, 28(2),pp.155-160, 2010.

MENDEZ, M. D.; LEIVA, M.C.;BUSTOS,C.B.;RAMOS,N.A.; MOYANO-DÍAZ,E. Mapa Exploratorio de Intervenciones Psicosociales frente al Terremoto del 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile.Ter Psicol, Santiago ,v. 28,n. 2,dec.2010

MINAYO,M.C.S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NATENZON, C. Vulnerabilidad, incertidumbre y planificación participativa de desastres: el caso de las inundaciones catastróficas en Argentina,inMarcelo Firpo Porto e Carlos Machado Freitas (orgs.),Problemas ambientais e vulnerabilidade.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p57-78; 2003.

NORONHA, M.G.R.C.S.; CARDOSO, P.S.;MORAES,T.N.P.;CENTA,M.L. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 14,n. 2,Apr. 2009.

NORTH, C.S. Mental Health Response to Community Disasters, A Systematic Review. Clinical Review & Education, 310(5),pp.507-518, 2013.

O GLOBO . Blog. Teresópolis já tinha mapa de risco desde 2007.2011. Disponível em http://oglobo.globo.com/blogs/razaosocial/posts/2011/01/13/teresopolis-ja-tinha-mapa-de-risco-desde-2007-356414.asp . [Consultado em 13-08-2013].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . Centro de Colaboracion de La Oraganización Mudial de La Salud para La investigación de La epidemiologia de lós desastres (s.f.). Desastre Natural, OMS,2010.

Organización Panamericana de la Salud . Protección de La salud mental em situaciones de desastres y emergencias. Washington DC: OMS, 2012.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Community therapy: practice reported by professionals within SUS in Santa Catarina, Brazil. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.43, p.1069-83, out./dez. 2012.

PERVIN, L.A.; JOHN, O.P. Personalidade: Teoria e Pesquisa. 8ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão.Psicol. estud., Maringá, v. 9,n. 1,Apr. 2004.

PIOLLI, A. Norma Felicidade da Silva Valencio.ComCiência,Campinas, n. 104, 2008 .

PORTAL TERE. Um milhão para festas e coquetéis. Disponível em <http://www.portaltere.com/noticias/noticTere01837_120413.htm> Acessado em 14/05/2012.

PORTO, M.F. Uma ecologia política dos riscos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007

REYES, G.; ELHAI, D. Psychosocial interventionsin the early phases of disasters. Psychoterapy: Theory, Research, Practice, Training. 41, 399-411, 2004.

RIO DE JANEIRO. Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro. Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembléia Legislativa do Estado do Rio da Jneiro. Relatório Região Serra, A tragédia na Região Serrana do Rio de Janeiro três anos depois: direito à moradia adequada. Out.2014.

RODRÍGUEZ, T.R.; MACHADO. V.R.N.; CASTELLÓN, D.C.S. Guia de intervención de salud mental em situaciones de desastres. Revista Eletrônica de lãs Ciencias Médicas en Cienfuegos, 8(1), PP 55-61,2010.

SANTACRUZ, O. H.; ARDILA, G.S. ¿La Pobreza del Desastre o el Desastre de la Pobreza?: Efectos Psicológicos y Psicopatológicos en Damnificados con Larga Estancia en Campamentos después del Terremoto de Armenia, Colombia.rev.colomb.psiquiatr., Bogotá ,v. 32,n. 2,Jun.2003.

SILVA, R.B. DA. Resiliência Comunitária Contra os Desastres. ABRAPEDE,2013.

SILVA, J.B; SILVA, P.M.C.;GARCIA,G.S.;COSTA,R.A.S. Terapia comunitária integrativa na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. COFEN,2012.

SOUZA, M.T.S. de. Resiliência e desastres naturais.Cienc. Cult.,São Paulo, v. 63, n. 3,July 2011 .

SCHULTZ, D. P.; Schultz, S. E.História da Psicologia Moderna. São Paulo: Thomson, 2005

SCHWARTZ, Y. A Comunidade Científica Ampliada e o regime de produção de saberes. Trabalho & Educação, Belo Horizonte, n. 7, jul /dez ,2000.

SCHWARTZ, Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. Trab.Educ.Saúde, Rio de Janeiro,9(supl.1),pp.19-45, 2011.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. Educação & Sociedade, 19(65). Campinas, 1998.

SIMONI, M. Engenharia de Produção da Exclusão Social. In: Thiollent, M.; Araújo Filho,T.; Soares,R. (orgs), Metodologia e experiências em projetos de extensão. Niterói: UFF,2000.

SOMMER A, Katerina et al . Intervención de salud mental en niños expuestos a desastre natural.Rev. chil. pediatr.,Santiago ,v. 84,n. 1,feb. 2013 .

Tribunal de Contas da União (TCU). TCU apura irregularidades na recuperação de escolas atingidas pelas chuvas na região serrana do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/imprensa/noticias/detalhes_noticias?noticia=4695136> Acessado em 31/01/2014.

VALENCIO,N. Desastres, Ordem Social e Planejamento em Defesa Civil: o contexto brasileiro. Saúde e Soc, São Paulo, 19(4),pp.748-762,2010.

VALENCIO, N. A sociologia dos desastres: Perspectivas para uma sociedade de direitos. In: Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação / Conselho Federal de Psicologia. -Brasília: CFP, 2011; p13 - 30.

APÊNDICE I

EIXOS TEMÁTICOS PARA ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS

Nome: _____ Idade: _____ SEXO: ( )F ( )M

Profissão: _____ Nível de escolaridade: _____

Local de residência: _____

1) Como começou a sua participação nos serviços de assistência humanitária em desastres?
2) Você participou do serviço de atendimento emergencial à população de Teresópolis?
3) Em sua opinião, quais foram as maiores dificuldades apresentadas pelas pessoas assistidas ao longo desses anos pela sua instituição?
4) Como você avalia o serviço que vem sendo prestado pela instituição?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "A assitência psicossocial e as intervenções estratégicas geradas em contextos de pós-desastres: A experiência de Teresópolis", desenvolvida por Lúcia Rios da Silva Benevides, discente de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr. Simone Santos Oliveira.
O objetivo central do estudo é: Compreender como se configuram e se sustentam as ações de atenção psicossocial, pela instituição Cruz Vermelha, na cidade de Teresópolis, em contextos de pós-desastre. Para isso, buscar-se-á **: 1)** Conhecer a rede de atenção psicossocial nos desastres a partir da atuação da Cruz Vermelha; **2)**Identificar as normas que orientam essas ações de atenção psicossocial nas situações de pós-desastre; **e 3)**Caracterizar a resiliência local a partir da participação social das pessoas atingidas pela catástrofe na reconstrução da comunidade local.

.O convite a sua participação se deve à pertinência da sua função possibilitando atingir os objetivos da pesquisa.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.
Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.
Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto que terá em torno de uma hora (1h) de duração. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a).

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de possibilitar que a pesquisa aponte as possíveis implicações à saúde relacionadas à atenção psicossocial em desastres e assim podermos subsidiar futuras propostas de assistência.

Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na dissertação.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0,IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12.

O Termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Informamos também que todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir

no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel.: 2598 2863
E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br
http://www.ensp.fiocruz.br/etica
Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Andar Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

_____

(Assinatura do participante da pesquisa)

_____

Lúcia Rios da Silva Benevides
Pesquisador – ENSP/FIOCRUZ

Contato com a pesquisadora responsável: Prof. Simone Santos Oliveira
E-mail: simone@ensp.fiocruz.br

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____