

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E
TECNOLÓGICA EM SAÚDE - ICICT

PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA ENGAJADOS NO
DEPARTAMENTO DE SOCORRO E DESASTRES DA CRUZ
VERMELHA BRASILEIRA – RS

FRANCILENE VIEIRA

ORIENTADORA: ME. MARTA HELENA BUZATI FERT

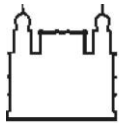
PORTO ALEGRE

2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



FRANCILENE VIEIRA

**PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA ENGAJADOS NO
DEPARTAMENTO DE SOCORRO E DESASTRES DA CRUZ
VERMELHA BRASILEIRA – RS**

Projeto de pesquisa apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso de Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Parceria da Fundação Oswaldo Cruz com o Grupo Hospitalar Conceição.

Orientadora: Me. Marta Helena Buzati Fert

Porto Alegre

2016



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



RESUMO

Este projeto propõe a implantação do serviço voluntário de Psicologia no Departamento de Socorro e Desastres da Cruz Vermelha Brasileira – RS (CVB-RS). Ou seja, profissionais comprometidos com eventuais atividades externas voltadas à população em sofrimento, à ajuda humanitária e ao suporte psicológico em situação de desastres às vítimas primárias, secundárias e terciárias. Além disso, apoio aos parceiros em relação à gestão de riscos, treinamento e capacitação técnica e a difusão da missão e princípios da Cruz Vermelha. Trata-se de uma pesquisa-ação, sendo conduzida através da realização de estudo de campo, com abordagem qualitativa. O processo de coleta de informações e dados, complementado pela observação participante em cursos de extensão, se apoiou no levantamento bibliográfico sobre o tema no âmbito nacional e internacional, situando-se na interface da psicologia da saúde, psicologia social e da “Psicologia dos Desastres”, além das diferentes concepções multidisciplinares e políticas públicas. Como Análise de Conteúdo, a temática engloba a identificação de um plano de ação com um sistema de categorias construído em conjunto ao referencial teórico e aos registros das informações coletadas da observação participante de jornadas e eventos temáticos em saúde e psicologia em emergências e desastres.

Palavras-chave: desastres, Cruz Vermelha, Estresse pós-traumático, Psicologia dos Desastres.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Tipos de desastres naturais e seus efeitos sobre a saúde humana.....	11
Quadro 1 –	Principais reações e transtornos perante situações catastróficas	17
Quadro 2 –	Nomenclatura diagnóstica para transtornos ligados ao estresse traumático	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.2 Objetivos Específicos.....	8
3 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DOS DESASTRES.....	9
3.1 Formação de Desastres.....	10
3.1.1 Tipos de desastres naturais	10
3.1.2 Riscos e Vulnerabilidade	11
4 PSICOLOGIA DOS DESASTRES	12
4.1 Intervenção Psicossocial.....	13
4.2 Plano de Contingência.....	13
4.3 Avaliação dos danos e necessidades	14
5 TEPT E REAÇÕES PÓS-DESASTRES.....	15
5.1 Estresse e trauma.....	15
5.2 Diagnóstico	17
6 HISTÓRIA DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA (CVB).....	19
6.1 A Cruz Vermelha Brasileira, Filial do Estado do RS.....	19
6.1.1 Departamento – Ambulatório	19
6.1.2 Departamento de Socorro e Desastres	20
7 METODOLOGIA	21
7.1 Categorias construídas como estratégias do processo de implantação do Projeto	22
7.1.1 Da Composição e Definição	22
7.1.2 Da Divulgação, Mobilização e Articulação dos profissionais.....	23
7.1.3 Das Competências e Habilidades	24
7.1.4 Da realização e dos objetivos das intervenções.....	24
7.1.5 Da Organização e das Condições de apoio aos profissionais.....	24
7.1.6 Da realização das reuniões	25
8 CRONOGRAMA.....	26
9 RECURSOS	27
8.1 Recursos Materiais	27
8.2 Recursos Humanos	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O tema sobre desastres e emergências é de relevância social e científica e, por consequência, a questão dos primeiros auxílios psicológicos é pertinente a essas situações. Situações de desastres e catástrofes naturais e/ou humanas têm sido uma das mais frequentes temáticas na área da saúde em geral e na mental nos últimos anos (CRPRS, 2013, p. 4).

No Brasil, as catástrofes, na maioria das vezes, são resultantes de crises geradas em função da ação direta da humanidade, como, por exemplo, o descuido em obras urbanas e de saneamento. Além disso, vivenciamos uma crescente ocorrência de problemas climáticos ocasionados pela ação indireta do humano. Convivemos com os efeitos das chuvas e da estiagem e as crises em decorrência dos modos como construímos e utilizamos os recursos cotidianos, como desmoronamentos de prédios, abertura de crateras em vias públicas, incêndios em espaços de circulação pública. Pessoas sofrem danos inimagináveis nesse tipo de ocorrência, como se não bastasse a dor física de escoriações e ferimentos, ainda têm de lidar com um pesadelo: a perda de algum ente querido, de seu teto, de seus objetos pessoais, de sua história. Isso pode afetar a estabilidade e a capacidade emocional para o enfrentamento de crises, capazes de levar alguém a um grave estado de estresse físico e psíquico (SANTOS; FORTES, 2011).

O profissional de Psicologia precisa preparar-se para agir em conjunto com o Estado e com a sociedade civil organizada a partir da perspectiva de que esses não são apenas eventos naturais, mas são acontecimentos sociais que entrecruzam a dinâmica e a estrutura da sociedade. O psicólogo pode e deve colaborar com as ações de prevenção e avaliação da atuação das entidades (governos, ONGs, grupos) em situações de emergência. Contudo, a emergência exige rapidez de atuação e de resposta, portanto não é o melhor momento para ser desencadeado um princípio de aprendizado, ou seja, é importante que este tenha ocorrido em momento anterior ao desastre, como forma de preparação, e deve incluir a reflexão sobre a saúde mental e seus mecanismos de intervenção (WEINTRAUB et al., 2015).

Primeiramente, em situação de desastres, a grande parte da população atingida encontrará conforto e apoio em suas estratégias comunitárias e cotidianas. Em seguida, haverá casos que poderão ser beneficiados com projetos terapêuticos singulares, articulados pelo psicólogo e, em menor volume, aparecerão os casos que necessitarão de uma escuta especializada e, até mesmo, de uma intervenção farmacológica. Dessa forma, com as redes já existentes, com as redes colocadas em prática para atuar no desastre e com uma compreensão do trabalho do psicólogo mais próximo de uma ação institucional e ampliada do que

individualizada poderá ser possível ao profissional dessa área trabalhar para lidar com o sofrimento dos dramas coletivos, das histórias individuais, e promover a saúde de pessoas afetadas por desastres. Ramírez (2011) traz que, pelo fato dos indivíduos afetados por desastres precisarem reconstruir suas identidades, o psicólogo tem como objetivo amenizar o sofrimento humano.

Portanto, a implantação deste projeto poderá abreviar os sentimentos de enfermidades e anormalidades às vítimas de desastres, além de abrandar o impacto pós-traumático, conforme a gravidade, readaptando as pessoas às novas condições. O trabalho da Psicologia torna-se essencial, pois da mesma forma que as pessoas têm que reconstruir casas ou outros bens, também tem que reconstruir a vida. Nesse sentido, Bruck (2009) relata que os primeiros auxílios psicológicos têm como objetivo avaliar as revelações sintomáticas e o sofrimento, abreviando os sentimentos de enfermidade e anormalidade. Porém, é imprescindível destacar que nem toda reação de catástrofe pode ser considerada patológica. Pois, é compreensível e natural que, na maioria das vezes, são reações normais diante de situações de grande significado. Mas, com o auxílio de um apoio, um cuidado adequado e especializado, as reações podem ser discutidas e trabalhadas para serem amenizadas ou até mesmo evitar possíveis danos psíquicos e emocionais. Felizmente, nos últimos anos, aumentou o interesse sobre o impacto dos desastres na saúde mental das populações afetadas e atualmente tornou-se clara a necessidade de uma abordagem abrangente que transcende a doença, cuidado e reparação de danos materiais (OPS, 2006).

Em relação ao Departamento de Socorro e Desastres da Cruz Vermelha Brasileira - Rio Grande do Sul (CVB-RS), há a necessidade de profissionais de Psicologia engajados na maior rede de ajuda humanitária do mundo, a Cruz Vermelha, que tem como missão "salvar e preservar vidas". É importante esclarecer que a sede da CVB-RS possui psicólogos voluntários realizando trabalhos psicossociais e colaborando em cursos de capacitação multiprofissional. Porém, não há psicólogos, no setor que abrange o Departamento de Socorro e Desastres, disponíveis para prestar apoio em atividades externas e em situações de desastres. Por isso, o objetivo deste projeto é a implantação do serviço voluntário de Psicologia no Departamento de Socorro e Desastres da CVB-RS.

Para assegurar melhor a compreensão do tema nesse campo transdisciplinar, alguns fundamentos devem ser apresentados englobando os conceitos de: desastres; emergência; Defesa Civil; formação de desastres; risco e vulnerabilidade; psicologia dos desastres; intervenção psicossocial; plano de contingências; a avaliação dos danos e necessidades; Transtorno de Estresse Pós-Traumático e outras manifestações psicológicas e transtornos.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Implantar o serviço voluntário de Psicologia no Departamento de Socorro e Desastres da Cruz Vermelha Brasileira - Rio Grande do Sul (CVB-RS).

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar a prospecção de psicólogos para atuarem de forma voluntária;
Oferecer informações aos psicólogos interessados na atividade voluntária sobre competências e habilidades necessárias;
- Promover estratégias para qualificação e manutenção de vínculo da Instituição com os voluntários da área, estudantes e profissionais de Psicologia;
- Proporcionar condições de troca contínua de conhecimento multiprofissional sobre Desastres e Emergências para enriquecimento profissional, atualização, aplicabilidade e fortalecimento da equipe nas atividades externas e junto a outros departamentos.

3 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DOS DESASTRES

Em abril de 2012 foi aprovada a Lei Federal nº 12.608, instituindo a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), que se integra a outras políticas nacionais, entre as quais estão as de saúde na redução de riscos de desastres. A Defesa Civil configura-se como um conjunto de ações e procedimentos preventivos, de socorro, assistenciais e reconstrutivos, objetivando minimizar e/ou evitar desastres, preservar a integridade física e moral da população, bem como restabelecer a normalidade social pré-existente (BRASIL, 2010a).

A Defesa Civil considera como *desastres* situações que causam danos ou prejuízos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais, provocados por eventos adversos, naturais ou pelo homem sobre um ecossistema vulnerável. E, *situação de emergência*, como uma determinada situação de alteração intensa e grave das condições de normalidade em um determinado município, estado ou região, decretada em razão de desastre, comprometendo parcialmente sua capacidade de resposta.

Quanto à origem, os desastres são classificados em: *naturais* e *tecnológicos*. Os desastres naturais são causados por processos ou fenômenos naturais que podem implicar em perdas humanas ou outros impactos à saúde, danos ao meio ambiente, à propriedade, interrupção dos serviços e distúrbios sociais e econômicos. E, desastres tecnológicos, originados de condições tecnológicas ou industriais, incluindo acidentes, procedimentos perigosos, falhas na infraestrutura ou atividades humanas específicas, que podem implicar em perdas humanas ou outros impactos à saúde, danos ao meio ambiente, à propriedade, interrupção dos serviços e distúrbios sociais e econômicos (PNPDEC, 2012).

No âmbito da saúde pública, para que um evento se constitua em um desastre, é necessária uma combinação de alguns fatores: 1) ocorrência de um evento detonador, ameaça ou perigo, relacionado com a qualidade dos eventos físicos, que podem ser gerados pela dinâmica da natureza (geológicos, hidrológicos, meteorológicos, biológicos) ou da sociedade (degradação ambiental ou ameaças tecnológicas, como rompimentos de barragens, acidentes químicos e nucleares); 2) uma população exposta, gerando o potencial de danos e agravos à saúde, que serão mais ou menos graves; 3) as condições de vulnerabilidade social e ambiental desta população; 4) limitações das capacidades de redução de riscos, danos à saúde da população e de resiliência ante esses eventos (FREITAS, et al., 2014). Portanto, infere-se que o que caracteriza um desastre não é somente o evento físico em si, mas as condições ou grau de vulnerabilidade das localidades ou comunidades onde esses eventos acontecem.

3.1 Formação de Desastres

Os desastres naturais estão se tornando cada vez mais intensos, tanto no meio urbano quanto no meio rural. No Atlas Brasileiro de Desastres Naturais de 1991 a 2012 (CEPED, 2013) constam 38.996 desastres no Brasil neste período e afetaram a vida de mais de 126 milhões de pessoas. A seca e as inundações ocorrem em todas as regiões do país e são os fenômenos mais comuns, provocando, portanto, o maior número de afetados. É importante mencionar que cada região possui um padrão específico quanto ao tipo de desastre e época do ano em que eles ocorrem. Nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste há uma maior frequência das inundações bruscas e resultantes de chuvas prolongadas ou intensas afetando as populações que ocupam as margens de rios (FREITAS et al., 2014).

3.1.1 Tipos de desastres naturais

O conhecimento da tipologia dos desastres é importante no processo de gestão do risco de desastres, visto que a atuação deve ser específica para o tipo de evento ocorrido. Os múltiplos efeitos sobre a saúde humana provindos dos impactos pelos diferentes tipos de desastres (Figura 1) podem se manifestar no curto, médio e longo prazo e inter-relacionados, constituindo um desafio para os sistemas nacionais e locais de emergência, atenção e vigilância em saúde.

Figura 1 – Tipos de desastres naturais e seus efeitos sobre a saúde humana

CLASSIFICAÇÃO DO EVENTO	TIPO DE DESASTRE NATURAL	EFEITOS SOBRE A SAÚDE HUMANA
<ul style="list-style-type: none"> Geofísico ou Geológico Meteorológico Hidrológico Climatológico 	<ul style="list-style-type: none"> Terremoto; Vulcão Movimento de massa Tempestade; Tormenta Ciclone; Vendaval Inundação; Alagamento Movimento de massa (deslizamento) Temperatura extrema (calor e frio) Seca; Estiagem; Incêndio florestal Geadas; Granizo 	<ul style="list-style-type: none"> Óbitos, lesões, traumatismos Intoxicação, envenenamento Transtornos – psicossocial e comportamental Hipertensão Afogamento, choque elétrico Leptospirose Doenças transmitidas por vetores, reservatórios e hospedeiros Desnutrição Diarreia e infecções intestinais Infecções cutâneas Hepatite A Infecções respiratórias agudas e crônicas, alergia Raquitismo

Fonte: OPAS, 2014.

3.1.2 Riscos e Vulnerabilidade

O conceito de *risco* pode ser definido como a probabilidade de consequências danosas ou de perdas (por mortes, ferimentos, meios de produção, danos ambientais, interrupção da atividade econômica) resultantes de interação entre perigos naturais ou induzidos pelo ser humano e a condição de vulnerabilidade (WHO, 2007). É necessário trabalhar sobre a percepção do risco, pois a negação e o desconhecimento diante do risco aprofundam a vulnerabilidade.

Quanto às condições de vulnerabilidade, elas correspondem a expressões particulares de processos sociais, políticos, econômicos e ambientais mais gerais da sociedade. Pois, combinam: a) os processos sociais resultantes da precariedade das condições de vida e proteção social (trabalho, renda, saúde e educação, assim como infraestrutura, habitações saudáveis e seguras, saneamento, etc.), que tornam determinados grupos populacionais (por exemplo, idosos, mulheres e crianças), principalmente entre os mais pobres, vulneráveis aos desastres; b) as mudanças ambientais resultantes da degradação ambiental (áreas de proteção ambiental ocupadas, desmatamento de encostas, ocupação desordenada do solo urbano, precariedade de sistemas de drenagem e resíduos sólidos, poluição de águas, solos e atmosfera, etc.), que tornam determinadas áreas mais vulneráveis frente à ocorrência de ameaças e seus eventos subsequentes (FREITAS et al., 2014). Desse modo, quando uma comunidade ou mesmo uma sociedade apresentam condições de vulnerabilidade, isso não é resultado de um processo natural. A vulnerabilidade é uma condição social resultante de inúmeros processos decisórios, que vão do âmbito global ao local.

4 PSICOLOGIA DOS DESASTRES

A participação da psicologia em contextos de desastres e emergências tem ocorrido gradualmente, inicialmente era voltada apenas para o pós-desastre e, a partir do século XXI, incluiu ações de prevenção. No Brasil, a psicologia tem reunido esforços para refletir sobre a saúde mental nas situações de desastres, como aconteceu, por exemplo, na realização do 1º e 2º Seminários Nacionais de Psicologia das Emergências e dos Desastres em 2006 e 2012; na criação da Associação Brasileira de Psicologia de Emergências e Desastres (ABRAPED) em 2012, e em diferentes encontros organizados pelos Conselhos de Psicologia desde 2010 (WEINTRAUB et al., 2015).

Nesse contexto, a atuação da psicologia pode ser vista, de uma maneira geral, pela lógica da ajuda humanitária. Conforme Weintraub e Vasconcellos (2013), a ajuda humanitária forma-se como campo de intervenção a partir da criação de organismos e legislações internacionais, sobretudo: o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, as Conferências de Genebra e, mais recentemente, as grandes entidades humanitárias, como a Médicos Sem Fronteiras e a Médicos do Mundo. Contudo, a razão humanitária surge como força contemporânea inegável aos discursos políticos e legitimam as práticas coletivas de vitimização e compaixão. Portanto, esta atuação deve levar em conta não apenas o sofrimento singular da pessoa afetada, mas, também, as políticas públicas que norteiam as ações de todo o ciclo de gestão de riscos e de desastres, procurando, assim, escapar de um olhar individualizante que deixe de lado o contexto sócio-histórico-político em que o *traumatismo* pode se dar. Esta ação também precisa se fundamentar nas experiências, nos modos de vida, nos modelos de cura e de elaboração das pessoas a quem ocorre viver uma emergência, e não, apenas, de modelos ocidentais previamente delimitados internacionalmente (VALENCIO, SIENA; MARCHEZINI, 2011).

Bruck (2009, p. 8) refere que a Psicologia das emergências estuda o comportamento das pessoas nos incidentes críticos, acidentes e catástrofes, desde uma ação preventiva até o pós-trauma e, se for o caso, subsidia intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma psicológico às vítimas e aos profissionais. Além das questões que vão da experiência pessoal do estresse pós-traumático aos eventos adversos provocados por desastres.

É imprescindível, também, que o profissional não aja sozinho, tampouco desconheça a estratégia a priori determinada nos níveis social, de saúde e educação, para mitigar e/ou responder à demanda gerada pelos desastres. Além disso, as necessidades básicas das pessoas – comida, água, abrigo, um mínimo de conforto físico e emocional – devem estar supridas em

primeira instância, assim como a garantia de direitos sociais básicos. Essas são, também, ações de saúde mental, mesmo não desempenhadas exclusivamente pela psicologia (VALENCIO; SIENA; MARCHEZINI, 2011).

4.1 Intervenção Psicossocial

A partir da ampliação da atuação da Psicologia das emergências e desastres e com a parceria com a Defesa Civil, que percebeu a importância da inserção de novos protagonistas para construir cidades mais seguras, houve o envolvimento de psicólogos nas quatro ações preconizadas pela Defesa Civil para a redução de desastres (BRASIL, 2010a). São elas: na *prevenção*, atuar com capacitação comunitária para a percepção de riscos, em projetos educativos e de projetos para a minimização de vulnerabilidades sociais, e no mapeamento de áreas de risco. Na *preparação*, auxiliar as comunidades a estabelecer e estruturar planos de contingência. As ações durante o desastre e na *recuperação* pós-desastre, por sua vez, estão voltadas para a gestão e administração de seus efeitos, o atendimento às pessoas afetadas, a administração de abrigos provisórios, e a concepção dos planos de *reconstrução* voltados às necessidades da população. Essas as ações da Psicologia nessas quatro fases foram apontadas em documento elaborado pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (BRASIL, 2010a).

4.2 Plano de Contingência

O plano de contingência é resultado da análise dos riscos, que nesse sentido é a primeira fase de administração dos desastres, tornando-se dessa forma um planejamento operacional (BRASIL, 2010b). É um documento planejado e elaborado previamente à situação crítica, a partir de estudos de uma determinada hipótese de desastre. Deve discriminar ações comuns a cada órgão, entidade ou indivíduo. Na atuação da Psicologia, constarão no plano as ações que cada psicólogo, seja através de seus conselhos, sindicatos ou universidades, poderá fazer se a hipótese de desastre se concretizar (BRASIL, 2010b).

Dessa forma, o plano de contingência norteia todo o processo pelo o qual profissional de psicologia deve se basear e deve contemplar distintos aspectos como a localização, a organização dos abrigos, a elaboração de estruturas de socorro às vítimas, a realização dos procedimentos de evacuação dos locais de riscos, bem como a coleta de doativos para a

comunidade afetada. Esse planejamento deve ser integrado ao Sistema Único de Saúde - SUS, primeiro órgão de acolhimento das pessoas afetadas por desastres (BRASIL, 2010b, p. 106). Além disso, o plano deve estar vinculado às redes estaduais, municipais ou comunitárias, bem como as organizações não-governamentais, entre outras, tendo em vista a participação de todos os atores sociais.

4.3 A avaliação dos danos e necessidades

A avaliação dos danos e necessidades (OPS, 2006) pode ser realizada pela equipe de saúde local ou externa. A finalidade é fornecer um instrumento prático para analisar os danos e avaliar as necessidades psicológicas e sociais da população afetada por um desastre natural ou provocado pelo homem, no período pós-evento imediato para o mesmo (30 dias). O processo possui três fases:

Inicial: é realizado nas primeiras 72 horas após o evento.

Intermediário: registra a evolução da situação da saúde mental na forma continuada durante as primeiras quatro semanas.

Final: pistas para fora ao final do estágio intermediário.

A avaliação inicial é a comunidade. A comunidade participa de forma decisiva na primeira resposta. Portanto, são organizações comunitárias, grupos de resgate e auxílio e os trabalhadores de saúde de nível primário que fazem a primeira avaliação, que deve servir de base para o novo processo de análise especializada. As avaliações intercalares e finais são especializadas. Envolvem a participação do pessoal de saúde mental, que deve expandir e complementar a comunidade inicial da avaliação. Devem ser qualitativos e quantitativos, definir com maior precisão a situação existente e registrar as ações tomadas.

5 TEPT E REAÇÕES PÓS-DESASTRES

Este capítulo refere-se ao estresse, traumas, reações e transtornos perante situações catastróficas, e sobre o diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

5.1 Estresse e trauma

Primeiramente, é importante esclarecer o conceito de *estresse* e de *trauma* relativos ao TEPT. E é inevitável buscar a noção de trauma mencionando Freud (1920/1976, p. 45) onde descreve que "um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar um distúrbio em grande escala no funcionamento da energia no organismo e a colocar em movimento todas as medidas defensivas possíveis". Dentro desta concepção, para Santos e Fortes (2011), a palavra *estresse* tem um sentido mais preciso quando se trata de TEPT. *Estresse*, nesse caso, é o conjunto de reações do organismo que ocorre em resposta a diferentes tipos de agressão – física, psíquica, infecciosa – e que perturba o equilíbrio desse mesmo organismo. E o *trauma*, um incidente com características violentas que pode ou não, gerar um transtorno de ansiedade, caracterizado como estresse.

Friedman (2009) cita que a exposição a eventos catastróficos não é suficiente para traumatizar um indivíduo. Mas, é necessário também ter uma resposta emocional. Ou seja, a reação da pessoa ao fato envolva medo, desespero ou horror para poder se caracterizar como “traumático”. Embora a maior parte das vítimas desses eventos não apresente danos psicológicos importantes em longo prazo, alguns indivíduos poderão desenvolver sintomas incapacitantes. Além do TEPT, a pessoa que sofreu um trauma pode desenvolver outras comorbidades psiquiátricas. Ainda conforme Friedman (2009), cerca de 80% das pessoas com TEPT crônico, também atendem aos critérios para o desenvolvimento de pelo menos um dos seguintes transtornos: distímia, fobias, fobia social, transtorno do pânico, transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade generalizada, abuso e dependência de álcool e outras drogas e transtorno de conduta.

Portanto, é natural que em situações de catástrofe ou de estresse, o indivíduo apresentar reações interpretadas como negativas. Tais respostas fazem parte de um sistema de autopreservação que o auxilia quando em situação de perigo. Especialmente nas primeiras 48 horas, o sujeito tende a apresentar diversos sintomas, conforme o Quadro 1. O surgimento de

tais sintomas representa uma tentativa do organismo de manter-se preparado para um novo evento traumático. As reações emocionais se adaptam o sujeito à nova realidade e demonstram uma avaliação do ocorrido e suas consequências. Assim como, ao tentar acomodar os pensamentos sobre o trauma e lidar com as emoções, as reações interpessoais desenvolvidas podem levar as vítimas ao isolamento e à reclusão ou à necessidade extrema de controle (SILVA et al, 2013). Ainda, de acordo com esses autores, mesmo apresentando as reações esperadas, cerca de 30% das vítimas não se recuperam após a manifestação dessa sintomatologia, nem sequer muitos meses após o ocorrido.

Quadro 1 – Principais reações e transtornos perante situações catastróficas

<p>Reações fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Náuseas; • Tremores nas mãos; • Movimentos faciais involuntários; • Dores musculares; • Dores de cabeça; • Sudorese; • Ranger de dentes; • Calafrios; • Tonturas. 	<p>Reações cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confusão e desorientação; • Pesadelos recorrentes; • Boatos sobre o desastre; • Dificuldade de concentração; • Dificuldade em tomar decisões; • Questionar crenças espirituais; • Perda de memória; • Cuidados pessoais prejudicados.
<p>Reações emocionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mágoa e tristeza; • Tristeza e choro; • Crise de raiva; • Irritabilidade e ressentimento; • Ansiedade e medo; • Desespero e desesperança; • Culpa; • Humores imprevisíveis; • Sentimento de sobrecarrega; • Identificação com vítimas; • Antecipar riscos. 	<p>Reações comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas sexuais; • Níveis de atividade excessivos; • Aumento de conflitos com a família; • Hipervigilância; • Isolamento ou discriminação; • Abuso de substâncias lícitas e ilícitas; • Conduta ritualística; • Violência; • Não deseja se afastar do local do evento.
<p>Transtornos agudos de ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pânico; • Palpitações e taquicardia; • Suor; • Tremor; • Dispneia; • Medo de perder o controle ou enlouquecer. 	<p>Reações físicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fadiga e cansaço; • Desconforto gastrointestinal; • Alteração no apetite; • Sensação de sufocamento na garganta e peito; • Agravamento de condições crônicas, tais como diabetes e hipertensão arterial.

Fonte: Adaptado pela autora. Manual Práctico de Diseño e Implementación de Intervenciones en Salud Mental y Psicosocial en desastres naturales. (MSF, 2009)

As reações acima citadas tendem a ser mais, ou menos, persistentes, de acordo com o tipo de evento vivido, com o suporte psicossocial oferecido no momento do evento e com a capacidade singular de enfrentamento de cada pessoa. Vale lembrar que o entorno das vítimas pode estar tão ou mais necessitado de um suporte psicossocial. Ou seja, necessitado de informações, acolhimento, escuta e orientação pragmática acerca de necessidades e cuidados

de primeira ordem pós-desastre. A ausência de informações tende a desencadear reações de ansiedade; por outro lado, o excesso de informações desnecessárias pode provocar sentimento de angústia (MSF, 2009). E, contudo, como já foi dito, não se espera que todas as vítimas desenvolvam transtornos mentais ou que os sujeitos afetados irão vivenciar diferentes reações agudas que podem causar estresse o suficiente que justifique a necessidade de apoio (SILVA et al, 2013). Assim, tais intervenções devem ser consideradas como de suporte e aconselhamento e não como um tratamento psicoterápico, respondendo às necessidades agudas daqueles que querem compartilhar de suas experiências e respeitando a opção dos que preferem não discutir o acontecimento.

5.2 Diagnóstico

A psiquiatria definiu alguns critérios que devem ser seguidos para caracterizar a existência do TEPT classificados nas principais referências utilizadas, o compêndio DSM-V - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, editado pela APA (2014) e a Classificação Internacional de Doenças CID-10 (OMS, 1993), que passaram por diferentes versões e atualizações ao longo dos anos (Quadro 2).

Quadro 2 - Nomenclatura diagnóstica para transtornos ligados ao estresse traumático

Classificação internacional	
CID-10 (1993)	
Reação aguda a estresse F43.0	
Transtorno de estresse pós-traumático F43.1	
Transtornos de ajustamento F43.2	
Outras reações a estresse grave F43.8	
Reação a estresse grave não especificada F43.9	
Alteração permanente de personalidade após experiência catastrófica F62.0	
Classificação americana	
DSM-IV-TR (1994)	
Transtorno de estresse agudo 308.3	
Transtorno de estresse pós-traumático 309.81	
DSM-V (2014)	
Exclusão do TEPT e Transtorno do Estresse agudo dos Transtornos de Ansiedade e estão inseridos em um novo capítulo – Transtornos Relacionados a Trauma e Estressores:	
313.89 (F94.1)	Transtorno de Apego Reativo
313.89 (F94.2)	Transtorno de Interação Social Desinibida
309.81 (F43.1)	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
308.3 (F43.0)	Transtorno de Estresse Agudo
	Transtornos de Adaptação
309.89 (F43.8)	Outro Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Especificado
309.9 (F43.8)	Transtorno Relacionado a Trauma e a Estressores Não Especificado

Fonte: CID-10 (OMS, 1993); DSM-IV-TR™ (APA, 2002); DSM-V (APA, 2014)

Uma das modificações dos critérios para o diagnóstico do TEPT é a exigência de que o evento traumático fosse vivenciado ou testemunhado pelo próprio indivíduo (Critério A1 do DSM-IV-TR: (A) Exposição a um evento traumático no qual: (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros) foi expandido, aceitando que o TEPT seja desenvolvido por quem soube que um evento traumático que aconteceu com um familiar próximo ou amigo próximo, ou por quem é frequentemente exposto a detalhes aversivos de eventos traumáticos, como, por exemplo, socorristas e policiais (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Dentre as possíveis características desenvolvidas no TEPT, observa-se um sentimento de culpa no indivíduo por ter sobrevivido, quando outras vítimas não sobreviveram a uma catástrofe. E, muitas vezes há comportamentos autodestrutivos, queixas somáticas, vergonha e desespero (APA, 2002).

De acordo com Henley et al. (2010), o nível de apoio social, as variáveis demográficas, etnia, sexo, isolamento social, nível educacional, antecedentes psiquiátricos e outros problemas dessa ordem podem ser considerados como facilitadores ao desenvolvimento do TEPT após a experiência de um evento traumático e devem ser cuidadosamente avaliados. Além disso, os autores valorizam a importância dos programas comunitários que enfatizam a resiliência, sugerindo uma nova forma de abordagem em pós-desastre, que ofereça estrutura, estabilidade, suporte e coesão à comunidade.

6 HISTÓRIA DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA (CVB)

Em 5 de dezembro de 1908 foi fundada a CVB, que teve como primeiro Presidente o Sanitarista Oswaldo Cruz. A CVB tornou-se uma instituição modelo, tanto em tempos de paz, levando ajuda a vítimas de calamidades e desastres naturais, como secas, enchentes e terremotos, ou tecnológicos. É reconhecida pelo governo como sociedade de socorro voluntário, autorizada a exercer suas atividades em todo o país.

6.1 A Cruz Vermelha Brasileira, Filial do Estado do RS

A CVB-RS está localizada na Avenida Independência, 993. Bairro Independência. Porto Alegre/RS. Fundada no dia 16 de maio de 1940 e presta serviços permanentes de assistência comunitária, atenção psicossocial, qualificação socioprofissional e segurança social. Desenvolve ações preventivas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida de populações vulneráveis. Sendo a maior rede de ajuda humanitária do mundo, a CV tem como missão "salvar e preservar vidas".

Oficialmente reconhecida como associação civil de natureza filantrópica, a CV gaúcha possui títulos de utilidade pública federal e municipal, tendo entre suas finalidades estatutárias a oferta de serviços que beneficiem as comunidades, em especial aquelas em situação de risco social e carência. Mantém-se especialmente com o auxílio de donativos e do trabalho voluntário. Possui como áreas prioritárias: qualificação socioprofissional; inserção profissional; atenção psicossocial; e segurança social e Defesa Civil.

6.1.1 Departamento – Ambulatório

O Ambulatório proporciona ampla assistência às pessoas que buscam atendimento em Dependência Química. Disponibiliza para a comunidade serviços de avaliação e acompanhamento psiquiátrico, medicamentoso e psicológico, consultoria em dependência química, assistência social, orientação jurídica, terapia ocupacional, grupos de auto-ajuda como Alcoólicos Anônimos, Grupo de Orientação a Fumantes (GOF), entre outros, e grupos terapêuticos.

A equipe de atendimento é composta por mais de 50 profissionais de diversas áreas, como: Psicologia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Direito, Consultoria em Dependência Química e Psiquiatria.

Alguns dos serviços oferecidos pelo Departamento de Saúde da CVB-RS:

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), referência para tratamento de pessoas que sofrem com transtornos pelo uso de álcool e drogas, tendo como área de abrangência, o Centro da Capital;
- Cursos de capacitação e de atualização permanente em álcool e drogas;
- Palestras e oficinas temáticas sobre prevenção primária em saúde, enfatizado o cuidado e a rede social de apoio;
- Trabalho de prevenção na comunidade, focando a vivência e o saber local como ponto de apoio para ações de promoção e cuidado da saúde;
- Programa de prevenção, do socorro e da reabilitação dos envolvidos em desastres e/ou calamidades;
- Cursos de Socorro de Primeira Resposta, cursos avançados de socorrista e oficinas em educação comunitária, com apoio após as calamidades, por parte das equipes voluntárias visando à reconstrução dos projetos de vida das comunidades fragilizadas;

6.1.2 Departamento de Socorro e Desastres

O Departamento de Socorro e Desastres da CV gaúcha trabalha na prevenção de situações de emergência, orientando a comunidade a reduzir os riscos de acidentes e atuando no atendimento às vítimas de catástrofes, prestando assistência às populações atingidas.

Em parceria com a Defesa Civil Estadual e Municipal, possuem estrutura e corpo de voluntários com extenso treinamento para agir nas mais variadas situações de emergência.

Entre os objetivos das equipes de Socorro e Desastres está a preparação da comunidade para responder a situações de emergência de origem natural ou humana. E quando a emergência termina, prestar o apoio necessário à recuperação e restabelecimento das vidas das pessoas afetadas.

O Departamento de Socorro e Desastres da CVB-RS atua na:

- Prevenção de situações de emergência de origem natural ou humana,
- Orientação à comunidade,
- Redução dos riscos de acidentes,
- No atendimento às vítimas de catástrofes,
- Assistência às populações atingidas.
- No apoio à recuperação e restabelecimento da vida das pessoas afetadas.

7 METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma pesquisa-ação, sendo conduzido através da realização de estudo de campo, com abordagem qualitativa. A pesquisa-ação é entendida como um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo. Os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo, pois há, durante o processo, o acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação (THIOLLENT, 1998, p. 14). A pesquisa-ação pode ser aplicada em diferentes áreas, sendo as preferidas às áreas de educação, comunicação social, serviço social, organização, tecnologia, práticas políticas e sindicais, podendo abranger também urbanismo e saúde (THIOLLENT, 1998). E a abordagem qualitativa, conforme Flick (2009) pode e deve demonstrar a variedade de perspectivas a respeito de temas complexos, partindo dos significados sociais e subjetivos de todos os atores a ele relacionados.

Para a formulação deste projeto, é relevante mencionar que, primeiramente, foram realizadas reuniões na sede da CVB-RS junto à gerência do Departamento de Socorro e Desastres, onde foi relatada a demanda de profissionais de Psicologia voluntários, disponíveis para eventuais atividades externas. Conforme preconiza Gil (2008), o estudo de campo procura o aprofundamento de uma realidade específica. É basicamente realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do ocorrem naquela realidade.

O processo de coleta de informações e dados, complementado pela observação participante em cursos de extensão, se apoiou no levantamento bibliográfico pertinente sobre o tema no âmbito nacional e internacional além da consulta de jornadas e informes de eventos temáticos em saúde e psicologia em emergências e desastres. Segundo Pacheco (2009), a observação participante permite ao pesquisador criar uma familiaridade com o campo de estudo, seus códigos de valores e crenças, e as formas de interação entre seus protagonistas. Nesta perspectiva, a presente pesquisa foi ancorada teoricamente na observação participante visando à descrição e compreensão dos processos institucionais, técnicos e científicos, culturais e ambientais, na produção das situações de atuação e articulação nos fenômenos de desastres e emergências.

O referencial teórico que embasou a discussão deste projeto situa-se na interface da psicologia da saúde, psicologia social e desta nova vertente que se insere, chamada aqui de

“Psicologia dos Desastres”. Além das diferentes concepções multidisciplinares sobre “desastres” e “gestão de risco de políticas públicas”. Conforme conclui Roso (2007), uma psicologia social crítica da saúde deve partir de uma visão crítica e utópica de ciência, na qual é fundamental que se construa uma ponte entre os direitos universais e os direitos de minorias sociais, se reelabore o conceito de saúde, se analisem as relações de poder e se estimule a ética do cuidado.

Durante a sistematização das informações procurou-se organizar os dados por categorias temáticas considerando como modelo a análise de conteúdo conforme o conceito proposto por Bardin (2009, p. 44), trata-se de:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Como Análise de Conteúdo, a temática do presente trabalho engloba a identificação de um plano de ação com um sistema de categorias construído em conjunto ao referencial teórico e aos registros das informações coletadas da observação participante de jornadas e eventos temáticos em saúde e psicologia em emergências e desastres.

A reflexão sobre situações de emergências e desastres e a construção de referências de atuação da Psicologia no enfrentamento de crises constituem-se desafios. É preciso definir norteadores da ação, como a promoção do protagonismo dos afetados, por meio do incentivo à organização social e política, com redução das vulnerabilidades sociais; o respeito às singularidades das comunidades e suas formas tradicionais de sobrevivência; a criação de redes articuladas de cuidados, que contemplem saberes e atores sociais (CRPRS, 2013, p. 2,).

É importante mencionar que este projeto será apresentado junto à CVB-RS, solicitando sua apreciação e consentimento para a realização deste. E, também será consultado o Comitê de Ética do CRPRS.

7.1 Categorias construídas como estratégias do processo de implantação do projeto

7.1.1 Da Composição e Definição

Compõe como público-alvo deste projeto, um grupo de profissionais voluntários de psicologia engajados no Departamento de Socorro e Desastres da CVB-RS.

Um espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que se destina a empreender uma política institucional de resgate de ajuda humanitária e suporte psicológico em situação de desastres às vítimas primárias, secundárias e terciárias. Além da oferta de apoio aos parceiros em relação ao processo da gestão de riscos, ao treinamento e capacitação técnica e a difusão da missão e princípios da Cruz Vermelha.

Quando o trabalho voluntário é desenvolvido de forma organizada, com critérios e objetivos bem claros, é uma fonte significativa de recursos e competências qualificadas. De acordo com Bruck (2007) é fundamental que:

A intervenção em saúde mental tenha um enfoque que combata a passividade, que não a reforce, como quando se medica indiscriminadamente ou se recomenda algo aos indivíduos. Não é fácil evitar que a assistência se converta em assistencialismo. Alguns dos critérios para evitar isso são: priorizar ações nas quais se contemplem a participação ativa da comunidade, para que as pessoas saibam o que vai acontecer com suas vidas, para que não cheguem outros que se dizem *experts* para dizer o que essas pessoas têm que fazer; recompor redes psicossociais de apoio, buscando apoio nos atores sociais comunitários; garantir que a comunidade esteja informada com relação aos temas e problemas sobre os quais terão que tomar decisões; pois, no trabalho comunitário, o recurso humano operativo de saúde mental é precário.

Vale lembrar, mesmo que um desastre venha a ter muitos limites em sua representação, isto não significa que não se possam ter elementos para interagir com sucesso para que uma pessoa (ou comunidade) traumatizada obtenha indicadores e vias práticas para sair de sua crise, daquilo que lhe paralisa. Para o psicólogo intervir, é preciso obter e identificar técnicas de interação, ou seja, uma psicologia sem técnicas é outra ciência.

7.1.2 Da Divulgação, Mobilização e Articulação dos profissionais

Divulgar as ações das atividades a serem desenvolvidas pela Psicologia no Departamento de Socorro e Desastres da CVB-RS em veículos de comunicação de mídia impressa e digital, objetivando articular-se com Conselho Regional, Universidades e Instituições de Ensino de Psicologia para que seus profissionais e estudantes, a partir do 5º semestre do Curso, se vinculem como voluntários.

7.1.3 Das Competências e Habilidades

O profissional neste campo da psicologia deve estar preparado psicologicamente e emocionalmente para enfrentar contingências variadas. Evidentemente, nem todos os psicólogos estão preparados para agir e trabalhar sob essa pressão e em situações de vulnerabilidade. O objetivo desse profissional é controlar emocionalmente tanto as vítimas como ele mesmo, para isso é necessário ter habilidades de gestão pessoal. Além disso, muitas vezes o psicólogo precisará auxiliar seus colegas ou outros membros da equipe (de saúde ou segurança), pois eles também podem ter reações negativas ao que estiver acontecendo. Pois, ninguém está imune de sofrer uma crise. Além do conhecimento técnico de prevenção de desastres e de intervenção em emergências.

7.1.4 Da realização e dos objetivos das intervenções

Conforme Bruck (2007), a intenção das intervenções é de conter ansiedades, favorecer a descarga emocional, promover a compreensão do significado do fato e sua relação com as experiências prévias do sujeito e favorecer a solidariedade entre os que sofreram o dano. Além de atuar na elaboração de perdas e recuperação dos recursos de enfrentamento. Estes são alguns dos componentes psicossociais básicos para poder compreender a realidade crua das pessoas afetadas por desastres.

7.1.5 Da Organização e das Condições de apoio aos profissionais

Os membros necessitarão de um protocolo de ação pautado por posições éticas e técnicas e são sistematicamente treinados no desenvolvimento de suas habilidades.

Buscar-se-á profissionais de Psicologia que já atuam na área de intervenções em crise, desastres e emergências para dar uma primeira orientação, capacitação aos interessados e, posteriormente, seja feita a escolha de um representante para coordenar o grupo local.

Essa proposta gera uma importante demanda por estudos que identifiquem instrumentos válidos de rastreamento de casos em diferentes faixas etárias e culturas, além de ferramentas de avaliação de programas de saúde mental em situações de desastres/catástrofes.

De acordo com Bindé (2006, p. 100), os objetivos para um programa de formação/investigação em Psicologia das emergências e dos desastres podem ser:

- Formar e capacitar psicólogos instrutores na área de prevenção e resposta aos desastres, através da transmissão sistemática de informação e desenvolvimento de novos saberes, para atualização dos conceitos, aplicabilidades específicos dos desastres;
- Fomentar a aptidão do sujeito em identificar elementos teóricos de diferentes áreas da Psicologia que sirvam para elaborar programas de ajuda para vítimas de desastres e para os profissionais que atuam e estão inseridos em estruturas sociais abaladas pelo evento, bem como para desabrigados e para o fortalecimento da estrutura e funcionamento das funções vitais de uma comunidade;
- Desenvolver metodologias adequadas e participativas para um trabalho de suporte psicológico antes, durante e depois de desastre;
- Oferecer ao psicólogo treinamento em equipes multi e interdisciplinares, para ajudar a melhorar a eficiência dos programas de prevenção e resposta aos desastres e diminuir a vulnerabilidade das comunidades;
- Capacitar o psicólogo a formar instrutores em todos os níveis da sociedade, servindo este como agente multiplicador para o gerenciamento de crises na área de prevenção e resposta aos desastres.

7.1.6 Da realização das reuniões

Com a implantação e sustentação permanente do trabalho, através de reuniões semanais com a equipe engajada serão realizadas avaliações, podendo ser incluídos novos objetivos e reprogramação das atividades.

As reuniões serão na sede na CVB-RS, em Porto Alegre/RS.

8 CRONOGRAMA

ATIVIDADES 2016	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Escolha do tema de pesquisa	x					
Elaboração do plano	x	x				
Estudos Exploratórios	x	x	x			
Revisão bibliográfica	x	x	x	x	x	x
Redação preliminar			x			
Ajustes metodológicos, conceituais e analíticos				x		
Redação final				x	x	x
Entrega do projeto						x
Apresentação do projeto						x

9 RECURSOS

9.1 Recursos Materiais¹

Descrição do Material	Qtde.	Valor Unitário (R\$)	Total (R\$)
Livros	04	-	200,00
Folha papel A4	05	5,00/pacote 100 folhas	25,00
Impressões	-	-	100,00
Pen drive	01	40,00	40,00
CD	02	5,00	10,00
Materiais diversos (canetas,...)	-	-	50,00
Transporte (gasolina, estacionamento)	-	-	150,00
TOTAL	-	-	575,00

9.2 Recursos Humanos

Instrutores voluntários – num primeiro momento serão necessários profissionais de Psicologia e de outras áreas, que já atuam na área de intervenções em crise, desastres e emergências para oferecer orientação e capacitação ao novo grupo de voluntários de Psicologia.

¹ Os custos previstos no orçamento acima serão de responsabilidade da autora do projeto.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV-TR™**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

____ (APA). **DSM-V**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed, 2014

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Ed. rev. e atualizada. Lisboa: edições 70, 2009.

BINDÉ, Pitágoras. Mesa Redonda: Perspectivas de investigação em Psicologia das emergências e dos desastres na América Latina. In: I Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres: Contribuições para a Construção de Comunidades mais Seguras, Brasília: Finatec/UNB, **Anais...** p. 97-102, jun. 2006.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. **Decreto n.º. 7.257, de 4 de agosto de 2010**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil - SINDEC, sobre o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade pública, assistência às vítimas, reconstrução nas áreas atingidas por desastre, e dá outras providências. Brasília. 2010a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/Decreto/D7257.htm>. Acesso em: 10 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. **Gestão de riscos e de desastres: contribuições da psicologia**. Curso à distância / CEPED. Florianópolis: CEPED, 2010b.

BRUCK, Ney Roberto V. **A Psicologia das Emergências: Um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma**. Porto Alegre, 2007. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia). PUCRS, Rio Grande do Sul, 2007.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE DESASTRES (CEPED). Universidade Federal de Santa Catarina. **Atlas brasileiro de desastres naturais: 1991 a 2010**. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: CEPED UFSC, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL (CRPRS). Enfrentamento de Crises em situações de Emergências e Desastres. Impr. **EntreLinhas**, 62. ed., abr., mai., jun. 2013.

CRUZ VERMELHA. Acessoria de Comunicação Social. Desenvolvido e atualizado por Leonardo Tavares Ali, 2013-2015. Apresenta a Cruz Vermelha Brasileira, história da Instituição, missão, princípios e movimentos, cursos, entre outros serviços. Disponível em: <<http://www.cruzvermelha.org.br>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, Carlos Machado de et al . Natural disasters and health: an analysis of the situation in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3645-3656, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000903645&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>.

FRIEDMAN, Matthew. **Transtorno de estresse agudo e pós-traumático**: as mais recentes estratégias de avaliação e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREUD, Sigmund. (1920). Além do princípio do prazer. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v.18, p. 13-85, 1976.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HENLEY, Robert; MARSHALL, Randall; VETTER, Stefan. Integrating Mental Health Services into Humanitarian Relief Responses to Social Emergencies, Disasters, and Conflicts: A Case Study. **The Journal Of Behavioral Health Services And Research**, v. 38, n. 1, 132-141, 2010.

MÉDICOS SIN FRONTERAS (MSF). Salud Mental en emergencias por desastres naturales MSF-OCBA: efectos psicológicos y psicosociales de las catástrofes naturales: Manual Práctico de Diseño e Implementación de Intervenciones en Salud Mental y Psicosocial en desastres naturales. MSF: OCBA, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Cid-10**: Descrições Clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). **Guía práctica de salud mental en desastres**. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Washington, D.C.: OPS, 2006.

PACHECO, Juliana Garcia. **Reforma psiquiátrica, uma realidade possível**: representações sociais da loucura e a história de uma experiência. Curitiba: Juruá, 2009.

POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DEFESA CIVIL (PNPDEC). **Lei n. 12.608, de 10 de abril de 2012**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINTPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm>. Acesso em: 08 set. 2016.

ROSO, Adriane. Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. **Aletheia**, Canoas, n. 26, p.80-94, dez. 2007. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 set. 2016.

RAMÍREZ, Desireé S. Acompanhamento para reconhecimento de vítimas. In: Conselho Federal de Psicologia. **Psicologia de emergências e desastres na América Latina: Promoção de direitos e construção de estratégias de atuação**. Brasília: CFP, 2011, p. 63-71.

SANTOS, Eduardo Ferreira; FORTES, Marisa. **De vítima a sobrevivente: Um guia para identificar e enfrentar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SILVA, Thiago Loreto Garcia da, et al. Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. **Rev. bras. psicoter.** v. 15, n. 1, p. 93-104, 2013.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

VALENCIO, Norma; SIENA, Mariana; MARCHEZINI, Victor. **Abandonados nos desastres: uma análise de dimensões objetivas e simbólicas de afetação de grupos sociais desabrigados e desalojados**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 1041-1055, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000301041&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-597020130003000016>.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes et al. Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 287-298, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2016. Epub Feb 27, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0564>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Risk reduction and emergency preparedness: World Health Organization six-year strategy for the health sector and community capacity development**. World Health Organization, 2007.