

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica

Rodrigo de Souza Amador Pereira

**PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS E DOS DESASTRES: Uma pesquisa
bibliográfica sobre pressupostos, conceitos e ações na área.**

Mestrado em Psicologia Clínica

São Paulo

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica

Rodrigo de Souza Amador Pereira

**PSICOLOGIA DAS EMERGÊNCIAS E DOS DESASTRES: Uma pesquisa
bibliográfica sobre pressupostos, conceitos e ações na área.**

Mestrado em Psicologia Clínica

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Helena Pereira Franco.

São Paulo

2014

BANCA EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Rosane e Antônio Carlos, por todo o apoio ao longo dessa caminhada.

A minha esposa Fernanda e meu filho que está prestes a chegar e mudar minha vida.

A Prof.^a Dr.^a Maria Helena Pereira Franco, pelo aprendizado, por compartilhar sua experiência e por qualificar meu crescimento acadêmico.

A Prof.^a Dr.^a Rosa Maria Macedo, a Prof.^a Dr.^a Rosane Mantilla de Souza, a Prof.^a Dr.^a Ida Kublikowski e a Prof.^a Dr.^a Marlise Bassani do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP por qualificarem meu saber.

A Prof.^a Dr.^a Flavia Hime e ao Prof. Antônio Carlos A. Pereira, por terem lido meu trabalho com dedicação.

Aos amigos e amigas que ao longo dessa pesquisa trocaram, discutiram e cuidaram para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao CNPq, pela bolsa de estudos que possibilitou minha dedicação a esta pesquisa.

RESUMO

Nas últimas décadas cresceu a demanda por ações dos psicólogos em situações de emergências e desastres para atender as necessidades psicossociais e os impactos na saúde mental das pessoas afetadas, direta ou indiretamente. Apesar de ocorrerem desastres em todo mundo, o campo teórico e de pesquisa nesta área ainda se estrutura e a produção acadêmica é distribuída de forma irregular pelos países. O objetivo do presente trabalho foi delimitar os pressupostos, conceitos e ações norteadores da psicologia das emergências e dos desastres na literatura psicológica da última década (2004-2013). Tratou-se de uma pesquisa de natureza bibliográfica, realizada por meio da coleta e análise de artigos indexados nas bases de dados BVS-ULAPSI, PsycInfo e Portal CAPES (Periódicos e Teses). Foram usados como termos de busca: *emergências AND psicologia; desastres AND psicologia; desastres AND emergências AND psicologia*; em português, espanhol e inglês. Os resultados indicam que a área da psicologia das emergências e dos desastres, na atualidade, se refere a uma convergência entre o campo da saúde mental e da psicologia comunitária, com preocupação marcante com as diferenças culturais. Os desastres devem ser concebidos como fenômenos sistêmicos, à medida que envolve vários atores sociais: vítimas, sobreviventes, suas redes de pertinência, os socorristas e a opinião pública. Instala-se uma situação de crise que implica em perdas objetivas e subjetivas, bem como suas reverberações complexas ao longo tempo. Os conceitos utilizados na área são, em sua maioria, os mesmos já encontrados na literatura da década anterior: estresse associado ao trauma, trauma, psicopatologias (TEPT, depressão, ansiedade, pânico, abuso de substâncias), enfrentamento, bem como seus desdobramentos, como condições de risco, vulnerabilidade, proteção e resiliência. Estes conceitos se referem à prevenção e/ou promoção de saúde, quer pela identificação de grupos e condições de vulnerabilidade, quer no desenvolvimento de ações e intervenções. O que se constatou são mudanças de ênfase e principalmente consolidações no que se refere a como e para que atuar. Embora tenha se confirmado que a produção bibliográfica seja distribuída de modo desigual, e a participação de nosso país ainda seja pequena, verificaram-se basicamente concordância de perspectivas e pressupostos.

Palavras-chave: Emergências – Desastres – Psicologia das Emergências e dos Desastres.

ABSTRACT

Throughout the last decades, the demand for intervention by psychologists in emergency and disaster situations has risen in order to fulfill psychosocial needs and deal with people's mental health affected directly or indirectly. Despite the occurrence of such disasters, the theoretical backdrop of the study of disaster psychology is still scarce and irregularly distributed throughout different countries, so the goal of this research was to delineate core-concepts, working concepts and actions in which Emergency and Disaster Psychology is based on in psychology-specific literature from the last decade (2004-2013). This research is of bibliographical nature and came to be by collecting data from scientific articles in the data bases BVS-ULAPSI, PsycInfo, and Portal CAPES (Periódicos e Teses). The terms used were: *emergencies AND psychology; disasters AND psychology; disasters AND emergencies AND psychology*; in Portuguese, Spanish and English. Results indicate that the field of emergency and disaster psychology is now a convergence between the fields of Mental Health and Community Psychology, with a growing concern for cultural differences. Disasters must be conceptualized as systemic phenomenon, since they usually involve a number of social actors, victims, survivors, their social networks, the workers in the disaster area and public opinion. A crisis situation is installed which imply both objective and subjective loss as well as complex reverberations throughout time. The concepts used in the area are mostly the same ones found in the literature from the previous decade: trauma associated with stress, trauma, psychopathologies (PTSD, depression, anxiety, panic and substance abuse), coping, as well as development processes and factors such as risk conditions, vulnerability, protection and resilience. These concepts are concerned with prevention and/or the health promotion either by identifying groups and vulnerability conditions or by developing action plans and interventions. What was found, were changes in emphasis and, specially, consolidations in what pertains to 'how' and 'why' to act. Even though we have confirmed that the bibliographical production is unevenly distributed, and the Brazilian production is still small, we have found agreement of perspectives and core-concepts.

Keywords: Emergencies – Disasters – Disaster and Emergency Psychology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado geral da busca na BVS-ULAPSI.....	46
Tabela 2 - Resultado geral da busca no Portal CAPES - periódicos.....	47
Tabela 3 - Número de artigos brasileiros segundo a metodologia utilizada.....	52
Tabela 4 - Número de artigos da produção brasileira segundo tema de conteúdo.....	52
Tabela 5 – Frequência de eventos mencionados ou tratados.....	52
Tabela 6 - Número de artigos latino-americanos segundo a metodologia utilizada.....	57
Tabela 7 - Número de artigos da produção latino-americana, segundo tema de conteúdo.....	57
Tabela 8 - Evento mencionado/trabalhado e sua frequência.....	58
Tabela 9 - Resultados da busca com o uso do PsycARTICLES.....	59
Tabela 10 - Número de artigos segundo a nacionalidade da instituição de seus autores.	61
Tabela 11 - Os principais periódicos em que há produção norte-americana e sua frequência.....	62
Tabela 12 - Metodologia utilizada nos estudos norte-americanos e sua frequência.....	63
Tabela 13 - Tipos de participantes nas pesquisas ou intervenções relatadas e sua frequência.....	63
Tabela 14 - Principais temas identificados nos artigos norte-americanos.....	64
Tabela 15 - Principais eventos referidos/mobilizadores na literatura norte-americana...	64
Tabela 16 - Os principais periódicos em que há produção bibliográfica internacional...	65
Tabela 17 - Metodologia utilizada nos estudos internacionais e sua frequência.....	66
Tabela 18 - Tipo de população a que se referem as pesquisas e intervenções e sua frequência.....	67
Tabela 19 - Principais temas identificados na literatura internacional e sua frequência..	67
Tabela 20 - Principais eventos mencionados nos estudos internacionais e sua frequência.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Os artigos selecionados na literatura brasileira.....	51
Quadro 2 - Informações sobre as Dissertações e Teses selecionadas.....	54
Quadro 3 - Os artigos selecionados na literatura latino-americana.....	56
Quadro 4 - Consenso dos especialistas acerca de intervenções em saúde mental nos desastres.....	92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1 – CONTEXTO DA PSICOLOGIA DOS DESASTRES E EMERGÊNCIAS.....	17
1.1 Registros Históricos de Ações em Desastres.....	17
1.2 Histórico Latino-Americano	24
1.3 Histórico Brasileiro.....	26
CAPÍTULO 2 - TEMAS CONCEITUAIS.....	29
2.1 As Perdas e o Luto.....	30
2.2 Trauma, Estresse e Transtorno de Estresse Pós-Traumático.....	33
2.3 O Manejo dos Desastres e as Perspectivas em Saúde Mental.....	36
CAPÍTULO 3 – MÉTODO.....	40
3.1 Levantamento das Fontes e Documentos.....	41
3.2 Procedimento.....	42
3.3 Análise dos Resultados.....	44
RESULTADOS.....	45
A – Os Resultados das Bases de Dados.....	45
A1 - A BVS-ULAPSI.....	45
A2 – O Portal da CAPES-Periódicos.....	47
A3 - O Portal da CAPES – Teses e Dissertações.....	48
A4 - Compatibilização dos resultados BVS ULAPSI - Portal CAPES.....	49
A5 - A literatura brasileira.....	50
A6 - A literatura latino-americana (com exclusão do Brasil).....	55
A7 - O PsycINFO.....	58
A 8 - A produção norte-americana.....	61
A 9 - A produção internacional.....	65
A 10 – Consolidação do mapeamento.....	68

B - A Área da Psicologia das Emergências e dos Desastres.....	69
B1 - Pressupostos, conceitos e ações.....	70
A relação entre Trauma e TEPT não é causal e nem tudo é TEPT.....	70
Deve-se gerar condições de enfrentamento positivo.....	73
Deve-se assumir uma perspectiva sistêmica.....	78
As ações em desastres devem ser culturalmente sensíveis.....	81
<i>Primum non nocere</i>	84
Desastres são situações complexas.....	86
Diferentes desastres, diferentes ações.....	89
Deve-se cuidar da saúde mental e da formação do psicólogo.....	97
B2 – Categorias emergentes.....	100
Tecnologias de informação e comunicação.....	100
Fatores humanos.....	102
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	109

INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata da Psicologia das Emergências e dos Desastres. Os desastres permeiam a história da humanidade. Registros de catástrofes naturais e tecnológicas remetem a dor, desamparo e tragédia relativa a situações que sobrecarregam a capacidade individual e social de se reorganizar e retomar o cotidiano.

No dicionário da língua portuguesa Novo Aurélio¹ encontram-se as seguintes definições para desastres: Acidente grave ou funesto; sinistro. / Desgraça, fatalidade. A etimologia da palavra desastre² provém do grego *des astrum* produzindo cognatas em vários idiomas (*disaster* em inglês, *desastre* em francês, português e espanhol, *disastro* em italiano), surgiu da combinação do prefixo *dis* (oposto, contrário) com a palavra *astrum* que significa astro. A palavra representa uma desgraça ocasionada por uma influência negativa ou danosa dos astros ou algo funesto e fora do normal, ou quando os astros saem da órbita. Ou seja, desde há muito tempo o termo e sua definição remetem à impotência humana.

Pelo seu caráter generalista a definição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010a, p. 55) é operacional. Um desastre produz:

Uma séria interrupção de uma comunidade ou sociedade que ocasiona uma grande quantidade de mortes, perdas e impactos materiais, econômicos e ambientais que excedem a capacidade da comunidade, ou sociedade afetada, enfrentar a situação mediante o uso de seus próprios recursos.

Por envolver grandes montantes de perdas pessoais, econômicas e sociais, desastres exigem a intervenção do Estado: “estes eventos exigem a coordenação dos diferentes setores da sociedade para recuperar a capacidade funcional e responder às necessidades básicas de suprimento de água, saneamento, alimentação, necessidades pessoais e de segurança” (OPAS, 2010a, p.15).

Em muitos dos desastres, não é possível prever nem as características, nem como ou quando ocorrerá. Daí a necessidade de contar com equipamentos públicos e sociais capazes de administrar situações desse porte. Existem eventos, como tsunamis e terremotos, nos quais a previsibilidade e a prevenção circunscrevem-se a limitar o potencial destrutivo (REYES, 2006).

¹ <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Desastre.html>>. Acesso em 11/08/2013.

² <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/searchController.do?hidArtigo=0C7859F2C5B4E3B2F30BAB1DB51294AF>>. Acesso em 11/08/2013.

No entanto, a demanda é maior à medida que:

Os desastres têm efeitos negativos para a saúde, que variam de acordo com o tipo de evento, o lugar de impacto e suas características socioeconômicas, o nível de exposição da população e sua preparação diante das diferentes ameaças, a qualidade da infraestrutura e a capacidade de resposta instalada, entre outros fatores (OPAS, 2010a, p. 6).

Os desastres também conduzem à necessidade de dar suporte às consequências psicológicas de sua vivência direta ou indireta. O conceito de desastre refere-se ao que afeta não só o indivíduo, mas o seu meio, as estruturas físicas e sociais que o sustentam. De forma abrupta e inesperada, com tamanha intensidade, devasta e ameaça a sobrevivência e o bem-estar dos envolvidos. As perdas sofridas variam de objetivas, como casas, propriedades, valores e pessoas, às subjetivas como identidade, projetos e aspirações. Atualmente, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2010b) reconhece que assegurar o bem-estar físico é tão relevante quanto o impacto sobre a saúde mental.

Um desastre gera uma situação de emergência. Segundo a Secretaria Nacional da Defesa Civil (SNDC, 2007) a emergência é uma situação crítica, um acontecimento perigoso ou fortuito; um caso de urgência. Existe um reconhecimento por parte do poder público de que trata-se de uma situação anormal.

A crise traduz o potencial disruptivo de um evento nos mais diversos âmbitos psicológicos: por ser inesperada, interromper um processo normal, habitual e indispensável para a homeostase, minar o sentimento de confiança nos outros, conter traços desconhecidos não decodificáveis, nem interpretáveis segundo parâmetros culturais, ameaçar a integridade física própria ou de outros significativos, distorcer ou destruir o habitat cotidiano. Benyakar (2002, 2003) define disruptiva como a circunstância que possui a qualidade de produzir como efeito um trauma psíquico. Possui uma característica relacional: fenômeno que atua produzindo algo em alguém. E potencial disruptivo é definido pelo autor como a força que possui alta probabilidade de produzir um efeito traumático (guerra, acidentes ou enfermidades graves, desastres).

Um evento traumático, portanto, é aquele que desorganiza, desestrutura ou provoca descontinuidade. Segundo o *International Work Group on Death Dying Bereavement* (IWGDDDB) (2002, p.450) “um evento traumático é aquele que ocorre para além do espectro normal da experiência e pode causar medo intenso, sentimento de desamparo e horror”. Assim, em um desastre, ocorrem tanto respostas às perdas e demandas de enlutamento, quanto as respostas ao trauma que, embora tenham comunicações, divergem quanto ao fato de que

“as respostas à perda ou luto envolvem o rompimento do vínculo, levando à angústia de separação”, enquanto as respostas ao trauma “sobrecarregam os recursos do sobrevivente que tem dificuldades em elaborar os eventos”. Ambas as circunstâncias conduzem à demanda de elaboração psicológica e à importância de a psicologia desenvolver boas práticas para acolher os afetados direta ou indiretamente.

O interesse pelo tema dos desastres e emergências por parte do Autor do presente trabalho se iniciou não pelos primeiros e sim por ter trabalhado em situações de crise, tema psicológico subjacente aos desastres e às emergências.

Em 2002, pouco depois de concluída a graduação, o Autor desta Dissertação foi aceito e cursou a pós-graduação em Cultura de Paz pela Cátedra da UNESCO da Universidade Autônoma de Barcelona, onde teve a possibilidade de compartilhar as experiências de notáveis em diversos campos do conhecimento, em especial com secretários e negociadores da Organização das Nações Unidas (ONU), ativistas internacionais em prol dos direitos humanos e outros operadores de políticas públicas internacionais. Revelou-se uma oportunidade para olhar para os grandes conflitos humanos com uma perspectiva ampliada, universalizada.

Após voltar ao Brasil retomou seu trabalho em diversos projetos e parcerias público-privadas, no desenvolvimento de políticas públicas muitas delas relacionadas à cultura de paz e prevenção de violências. Em muitas destas situações, atuou em situações de crise, de rompimento, de emergências e urgências, de desorganizações individuais e coletivas.

Retornou à Universidade para buscar compreender de modo sistematizado a área de conhecimento que estuda as crises e seus desdobramentos. Na Academia, chamaram-lhe a atenção alguns textos que se referiam às crises decorrentes dos desastres e emergências, a partir do que direcionou o interesse para a compreensão e desenvolvimento desta área.

A trajetória inicial no curso de mestrado levou ao estudo do que é produzido no Brasil. Revendo a perspectiva brasileira na área, observa-se a preocupação do Conselho Federal de Psicologia, autarquia reguladora dos profissionais de Psicologia, que realizou dois eventos para discutir e pensar o tema; em 2006, o “*1º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres: contribuições para a construção de comunidades mais seguras*” e em 2011, o evento “*Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*”. Ambos reuniram esforços e uma amostragem de profissionais que trabalham e pesquisam o tema, deixando um registro escrito e disponível *online* na forma de *e-book* e tendo como desdobramento a criação, em

2012, da Associação Brasileira de Psicologia das Emergências e dos Desastres³ – ABRAPED, com a missão de congregar interesses e fomentar trabalhos.

A primeira referência à psicologia de desastres na forma de artigo científico, no Brasil, data de 2001 (BINDÉ; CARNEIRO, 2001) e trata o tema de forma ampla, detendo-se na importância de considerar o assunto como complexo. Boa parte da literatura consultada e que será objeto de análise aprofundada neste estudo, versa mais sobre discussões teóricas que buscam delimitar como considerar determinados fenômenos como desastres ou não (MATTEDI, 2008; FAVERO; DIESEL, 2008; MELO; SANTOS, 2011; COELHO; ADAIR; MOCELLIN, 2004) e poucas informações sobre ações em psicologia e atendimento (FRANCO, 2005; GOMES; CAVALCANTE, 2012).

Verificou-se também que a área da psicologia das emergências e desastres ainda não ganhou muito espaço em universidades e programas de pós-graduação brasileiros. Destacam-se grupos isolados pelo Brasil que realizam intervenções ou administram formação, que tende a ser na forma de cursos, como o 4 Estações Instituto de Psicologia⁴, o grupo Foccus⁵. São cursos de curta duração e sem prática associada.

Em contraste com o que se percebeu da realidade brasileira, há um cenário mais desenvolvido em outros países. Observou-se no Peru que a *Sociedad Peruana de Psicología en Emergencias y Desastres*⁶ foi fundada em 2002, tendo atuado e promovido um grande número e ações. No Chile, a *Sociedad Chilena de Psicología de Emergencias y Desastres*⁷ originou-se em 2004 e a *Sociedad Argentina de Psicología en Emergencias y Desastres*⁸ também funciona desde 2004, embora seja difícil encontrar material acerca de formação e mesmo *sites* bem estruturados e informativos acerca das três.

Nos Estados Unidos da América, por outro lado, é possível identificar disciplinas eletivas sendo oferecidas nos cursos de graduação, como é o caso da Universidade de Columbia em Nova York⁹ que oferece créditos em *The psychology of disaster preparedness* ou na Universidade Dominicana da Califórnia que ministra *The Psychology of Disasters*, cursos de mestrado acerca do tema, como o *International Psychology Foundations* da

³ <<http://www.abraped.com.br>>. Acesso em 12/12/2013.

⁴ <<http://www.4estacoes.com.br>>. Acesso em 12/12/2013.

⁵ <http://www.nucleofoccus.com.br/nucleo_foccus/index.php#>. Acesso em 12/12/2013

⁶ <<http://psicologiaenemergencias.blogspot.com.br/>>. Acesso em 12/12/2013.

⁷ <<http://www.sochped.cl/>>. Acesso em 12/12/2013.

⁸ <<http://www.canalsolidario.org/ongs/sociedad-argentina-de-psicologia-en-emergencias-y-desastres/8881/view>>. Acesso em 12/12/2013.

⁹ <http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3285/3285_Z12.pdf>. Acesso em 12/12/2013

Universidade de Denver¹⁰. A Universidade de South Dakota¹¹ foi a primeira Universidade a oferecer um currículo completo em Psicologia do Desastre, especialização, mestrado e doutorado, bem como curso de especialização em Psicologia dos Desastres para profissionais não psicólogos.

Na Europa, a *European Federation of Psychologist Associations* (EFPA) (SAARI, 2006) decidiu em sua assembleia geral de 1997, criar uma força tarefa em Psicologia dos Desastres e Crises. Desde então, desenvolve ações em conjunto, de modo a articular políticas e fundos com a Comunidade Europeia, delimitar ações, conteúdo de formação e treinamento, bem como recomendações de desenvolvimento em cada país.

Tanto na Austrália¹² quanto no Canadá¹³ há unidades de Psicologia dos Desastres em treinamentos comunitários para preparação do enfrentamento de situações críticas, páginas e portais na internet.

Realmente, observa-se uma demanda crescente do apoio psicológico em situações de emergências e desastres e o reconhecimento da psicologia como produzindo conceitos, pesquisa e atendimentos que apoiem o trabalho de outros profissionais. Bensing (2013: s/p), em uma publicação específica para enfermagem, argumenta que, se antes do evento terrorista de 11 de setembro de 2001 havia “uma ambiguidade considerável acerca do que a psicologia dos desastres abarcaria”, hoje não há mais espaço para este não-saber e todos os profissionais envolvidos nestas ocorrências devem ser habilitados em Psicologia dos Desastres. Ou seja, torna-se urgente uma delimitação da área, de conceitos, ações e formação.

Reyes (2006: 10) no primeiro capítulo do primeiro volume do *Handbook of International Disaster Psychology* afirma que o campo da psicologia dos desastres:

[...] emergiu recentemente como uma disciplina distinta, focando na saúde mental e nas necessidades psicossociais das pessoas afetadas por eventos catastróficos. (...) Os fundamentos empíricos desta área, no entanto, não são suficientes em dispor evidências conclusivas sobre o que é necessário fazer, por quem, para quem e quando (...) Portanto, o apoio psicossocial nunca deve ser imposto ou decretado e deve ser bem integrado com outros serviços cujas necessidades são claras e inquestionáveis. (...) Além disso, o apoio psicossocial não pretende ser uma panaceia do sofrimento humano e, não substitui a segurança física, a justiça social e a dignidade humana.

¹⁰ <<http://www.du.edu/gsp/degree-programs/international-disaster-psychology/courses.html>>. Acesso em 12/12/2013.

¹¹ <<http://www.usd.edu/arts-and-sciences/psychology/disaster-mental-health-institute/>>. Acesso em 12/12/2013.

¹² <https://www.psychology.org.au/inpsych/psychological_preparedness>. Acesso em 12/12/2013

¹³ <<http://www.cpa.ca/public/emergencies/psychologistsinemergencies/>>. Acesso em 12/12/2013

Concorda-se com Reyes (2006), de que se trata de um campo novo de teorização, pesquisa e intervenção, mas há uma grande discrepância entre as experiências brasileiras e as de outras partes do mundo. Há termos como Psicologia das Emergências e dos Desastres sendo utilizados para tratar desta demanda de ação e grupos atuantes respondendo às exigências públicas no Brasil, mas se está longe de consensos, o que conclama por maior produção e melhor sistematização, sendo este o pano de fundo no qual emerge esta Dissertação.

A Psicologia vem contribuindo para o trabalho na saúde mental em contextos traumáticos desde as Grandes Guerras do século XX. Conceitos como crise, trauma, stress pós-traumático, *burnout*, atendimentos a sobreviventes e trabalho com perdas e luto, vem se desenvolvendo e respondendo às necessidades de quem está em sofrimento. No entanto, no caso dos desastres e das emergências, não se encontrou material brasileiro que delimitasse suficientemente o campo de estudo, justificando-se a proposta de se trabalhar com a literatura dispersa, de modo a sistematizá-la.

Considerando este trajeto, o objetivo do presente trabalho foi delimitar os pressupostos, conceitos e ações norteadores da psicologia dos desastres e emergências na literatura psicológica da última década (2004-2013). Pretende-se, além de focalizar os construtos científicos desenvolvidos, identificar boas práticas, pensar caminhos para o desenvolvimento desta área de atuação em nosso país.

A relevância desta pesquisa sustenta-se também na crescente conscientização social e governamental sobre a necessidade de enfrentamento de tais situações e do desenvolvimento de um conhecimento mais estruturado. Apesar de registros de atendimentos psicológicos e trabalhos correlatos com quase cem anos de história, a psicologia dos desastres e emergências como uma área de conhecimento é jovem e em processo. Mas trata-se de uma urgência à medida que a cada ano cresce a presença de psicólogos nestes cenários e suas ações e conhecimentos servem de fundamentação para a ação de outros profissionais.

O presente trabalho está organizado como uma pesquisa de natureza bibliográfica. Antes de especificar o método e o procedimento utilizado, no entanto, apresenta-se no Capítulo 1 um histórico da presença da psicologia em situações de desastres e emergências, desde os relatos clássicos das intervenções de Lindemann, na década de 1940 até o presente, destacando eventos internacionais e nacionais. No Capítulo 2, esboça-se o caminho da construção conceitual que fundamenta a área. Posteriormente, são apresentados e discutidos os resultados obtidos e traçadas as Considerações Finais acerca do material encontrado.

CAPÍTULO 1 - CONTEXTO HISTÓRICO DA PSICOLOGIA DOS DESASTRES E EMERGÊNCIAS

Desastres são descritos desde há muito tempo. O Velho Testamento traz, entre outros, a enchente enfrentada por Noé e o terremoto que destruiu Sodoma e Gomorra; Platão relatou o desaparecimento de Atlântida e as vítimas preservadas em lava solidificada testemunham, até hoje, a devastação provocada pela erupção do Vesúvio.

Um sem número de catástrofes povoa a história da humanidade, a maior parte delas interpretada como destino ou punição divina. Mas Hiroshima e Nagasaki, o vazamento em Chernobyl, desastres aéreos múltiplos, o atentado de 11 de setembro de 2001 têm a ação humana na sua origem. E, mesmo os tsunamis na Ásia, os furacões nos Estados Unidos da América e as enchentes no Brasil, embora possam ser creditados às forças da natureza, trazem consigo a marca do ser humano e sua responsabilidade pelas mudanças climáticas, pelo uso inadequado do solo, etc. Portanto, não há mais como considerar como castigo divino aquilo de que o homem é causa, cabendo a ele desenvolver meios para tratar das consequências, dentre elas o imenso sofrimento e impacto sobre a saúde mental dos direta ou indiretamente envolvidos nos desastres.

Na introdução desta Dissertação, apresentou-se a definição da OPAS (2010a) que delimita o desastre como uma situação limite, que sobrecarrega a capacidade de enfrentamento de uma comunidade. No presente capítulo se apresenta uma breve contextualização histórica dos esforços na direção da compreensão das consequências psicológicas de desastres e emergências pela ciência psicológica e das articulações para seu enfrentamento: o caminho entre a ação desestruturante e a demanda de cuidado de saúde mental dos envolvidos.

1.1 Registros Históricos de Ações em Desastres

Trauma é tema presente de longa data no conhecimento psicológico. O conceito de trauma é pedra angular na construção da psicanálise. Freud, tanto quanto Pierre Janet e Jean-Martin Charcot antes dele, concordavam que um evento traumático tinha efeitos nocivos na saúde mental das vítimas, embora discordassem quanto ao fato de se era o evento em si ou as lembranças do mesmo que disparavam o comprometimento (MORRIS, 2011).

Embora a psiquiatria e a psicanálise tenham feito esforços no atendimento das neuroses de guerra dos veteranos da I Guerra Mundial, foi somente após a II Guerra Mundial que se estabeleceu um corpo de psicoterapeutas com suficiente reconhecimento pela própria profissão, por militares e pelo público em geral, de modo a atender estas demandas (APA, 2006).

Segundo Morris (2011, p. 267), embora o atendimento aos problemas decorrentes da II Guerra Mundial tenha levado a maior legitimidade das práticas psicoterapêuticas, os estudos sobre os:

[...] impactos do trauma em pessoas ‘normais’ estagnaram. Talvez, ao menos em parte, como resultado da dominação das abordagens psicanalíticas no imediato pós-guerra, que tendiam a entender os problemas psicológicos pós-traumáticos à luz de problemas psiquiátricos pré-existentes.

O autor (MORRIS, 2011) ainda complementa que a compreensão do trauma decorrente de desastres naturais aparecerá somente nos anos de 1970 na cultura norte-americana.

Se o estudo do trauma reaparecerá posteriormente, as ações com sobreviventes de desastres, de modo sistemático, trazem consigo outro impacto, o das perdas e luto, que é amplamente creditado a Erich Lindemann.

Em novembro de 1942 uma maioria de estudantes acompanhava um clássico do futebol universitário norte-americano, em uma casa noturna chamada *Coconut Grove Nightclub* em Boston, quando um incêndio e o pânico que se seguiu, mataram aproximadamente 500 pessoas. Lindemann era o chefe da equipe de psiquiatria do *Massachusetts General Hospital* e passou a trabalhar com os cirurgiões e demais médicos no atendimento aos sobreviventes (CAPLAN, 1990).

Lindemann atendeu e relatou os impactos emocionais e sintomas psicológicos dos sobreviventes e familiares das vítimas fatais. A partir destes atendimentos escreveu um artigo para o *American Journal of Psychiatry* no qual relata os processos subjacentes e as implicações do enlutamento (LINDEMANN, 1944). Descreveu a sintomatologia do que denominou luto normal, diferenciando as respostas esperadas e as patogênicas, as reações mórbidas de luto (retardo de reação e reações distorcidas), o prognóstico, reações de luto antecipatório e demandas de atendimento.

Parte dos enlutados, o grupo considerado patogênico, parecia vivenciar uma recusa defensiva de sofrer a dor do enlutamento, o que podia estar associado ao aparecimento de uma

psicopatologia ou adoecimento psicossomático. Lindemann delimitou a noção de que o luto agudo resultante de um desastre poderia acarretar danos psicológicos permanentes, caso não houvesse uma intervenção contingente, semeando o campo das intervenções em crise, posteriormente desenvolvidas por um de seus colaboradores, Gerald Caplan.

Segundo a descrição de Caplan, sua parceria com Lindemann levou-os a ampliar o foco de interesse original para além dos aspectos patológicos do luto, incluindo outros episódios significativos de estresse. À medida que evoluíram em seus estudos das situações de crise psicológica, começaram a perceber que quando em crise, as pessoas “tornam-se temporariamente mais dependentes de outros e mais abertas a suas influências; intervenções em tais períodos tem maior eficácia do que em situações de equilíbrio psicológico” (CAPLAN, 1990, p. 28).

Tal perspectiva levou ambos a programas e treinamento para profissionais atuarem na prevenção e enfrentamento de situações de crise, mas que só se popularizaram no campo dos desastres mais de uma década depois.

Durante as décadas de 1950 e 1960 diversas ações correlatas aos esforços de psicólogos em intervir em desastres são encontradas na literatura. De acordo com Valero Álamo (2007), em 1957, Friedman e Linn atuaram com sobreviventes de um naufrágio, postulando que ao trabalhar com sobreviventes de desastres deve-se levar em consideração que as reações dos indivíduos não são as mesmas no momento do impacto e na recuperação após o evento.

Em 1963 Quarantelli, Dynes e Haas fundaram o *Disaster Research Center*, vinculados à Universidade de Ohio, EUA, onde desenvolvem atividades e estudos científicos até os dias de hoje, embora agora vinculados à Universidade de Delaware¹⁴. O Centro foi o primeiro no mundo a se dedicar ao estudo social dos desastres. Autores que historicam esta área (GIBBS; MONTAGNINO, 2006; MORRIS, 2011), no entanto, argumentam que o enfoque sociológico de Quarantelli e seus colaboradores, voltou-se mais para o estudo do comportamento de massas e seus determinantes do que para a compreensão dos efeitos na saúde mental.

Ainda na década de 1960 outros autores relataram consequências de desastres. Gibbs e Montagnino (2006) ressaltam o caráter descritivo destes estudos iniciais e referem trabalhos como: o de Lifton, de 1967, que descreveu os impactos emocionais dos envolvidos nos primeiros socorros após o bombardeio atômico em Hiroshima; o de Coles, também de 1967,

¹⁴ <<http://www.udel.edu/DRC/aboutus/index.html>>. Acesso em 12/02/2014.

sobre os efeitos de desastres políticos em crianças; e o de Erikson, em 1976, que retrata o cenário de uma enchente nos EUA e denomina de “segundo desastre” as consequências emocionais de tal desestruturação social e física de uma comunidade atingida por um desastre natural.

Em 1970, a Associação Norte-Americana de Psiquiatria publicou um manual de primeiros auxílios psicológicos em casos de catástrofe, material este que foi adaptado e traduzido para outros idiomas e utilizado em outros países para lidar com desastres em suas localidades (JACOBS, 2007).

De acordo com Gibbs e Montagnino (2006), conforme os estudos psicológicos acerca dos desastres avançavam, também eram desenvolvidos padrões e escalas de medidas para tais impactos. A *Impact of events scale*, criado por Horowitz, Wilner & Alvarez, em 1979 é citada pela autora como uma das pioneiras do gênero, assim como a *World Assumptions Scale* de Janoff-Bulman, de 1985.

Em 1971, após um terremoto na Califórnia que matou sessenta e cinco pessoas e causou enorme destruição, os profissionais da *San Fernando Child Guidance Clinic*, anunciaram em rádios e emissoras de televisão locais, a disponibilidade para atender as crianças sobreviventes. Em poucas semanas a clínica trabalhou com mais de quinhentos delas, principalmente por meio de atendimento em grupo. Os esforços da clínica chamaram a atenção da grande mídia e favoreceram a popularização da ideia de que os impactos psicológicos poderiam ser tão devastadores quanto os físicos. Além disso, contribuíram para a divulgação do modelo de atendimento de crise, pois, enquanto a Cruz Vermelha endossava a ideia de que era necessário “Manter-se firme e não deixar transparecer as emoções”, (“*keep a stiff upper lip*”), Stephen Howard, diretor da Clínica, afirmava para o jornal *The New York Times*: “Mas, do ponto de vista da saúde mental, se você não falar sobre o assunto, suas ansiedades ficarão reprimidas, e isto é muito pior” (*apud* MORRIS, 2011, p. 269).

Morris (2011) destaca que na década de 1970 muitos outros profissionais da área de psicologia ofereceram atendimento a sobreviventes de desastres naturais. Argumenta que uma série de enchentes e furacões (como os Buffalo Creek e Rapid City, entre outros), ocorridos no primeiro semestre de 1972, no território norte-americano, envolvendo quinhentos mortos e prejuízos na casa de 3,5 bilhões de dólares, expôs a inabilidade do governo federal em prover serviços de apoio à saúde mental dos sobreviventes. Mesmo assim, os fundos federais para apoio psicológico eram difíceis de obter, embora a aceitação do impacto dos desastres sobre o bem-estar psicológico fosse se disseminando entre políticos e opinião pública.

A década de 1970 também deu lugar ao aparecimento de novas práticas psicológicas. Popularizaram-se os modelos de atendimento de crise desenvolvido por Caplan em décadas anteriores, bem como as técnicas de grupo, as psicoterapias breves, terapias familiares e os modelos de aprimoramento pessoal. Os processos terapêuticos psicológicos romperam com o modelo médico de atendimento à doença para fortalecer a ideia de autoconhecimento, prevenção e aperfeiçoamento da saúde mental (ROUTH, 1994).

Em 1973, agências federais norte-americanas de manejo de emergências realizaram um seminário com uma extensa sessão sobre atendimento de crises em situações de desastres. Como consequência, em 1974, a Cruz Vermelha Norte-Americana “começou a desenvolver currículos de treinamento para seus profissionais que atuavam em desastres – particularmente enfermeiras - em intervenção de crise” (MORRIS, 2011, p. 277).

Lifton fez parte dos especialistas em saúde mental que contribuíram para a consolidação da ideia de que o impacto do trauma dos desastres sobre a saúde mental dos sobreviventes poderia ser devastador. Ele já era conhecido pelo trabalho com os profissionais que atenderam sobreviventes de Hiroshima, quando foi assessorar os advogados que atuavam no processo decorrente do evento de Buffalo Creek (enchente causada pelo estouro de uma represa de uma mina de carvão, em 1972). Concluiu que o “impacto psicológico do desastre tinha sido tão extenso que ninguém em Buffalo Creek passou incólume” (*apud* MORRIS, 2011, p. 277).

Enquanto atuava no processo dos sobreviventes, acima descrito, Lifton concluiu seu trabalho sobre os veteranos da Guerra do Vietnã. Ao comparar os sobreviventes destes três eventos concluiu que apresentavam as mesmas respostas de entorpecimento psíquico, culpa do sobrevivente e *imprinting* de morte. Tal produção levou-o a fazer parte do grupo de psiquiatras que criaram o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluído oficialmente como parte do DSM-III em 1980 (GIBBS; MONTAGNINO, 2006). Embora tratasse de uma patologia, o que se pode perceber é que o TEPT dissociou a vivência do trauma das condições pregressas dos envolvidos, associando-as ao terror vivenciado.

Para Gibbs e Montagnino (2006, s/p), desde que o diagnóstico de TEPT foi definido, tem sido o maior foco de pesquisas das consequências dos desastres, embora argumente que “se é claro que os desastres causem psicopatologia, não é tão claro quais suas formas”. Apesar disso, o conceito de TEPT trouxe credibilidade aos efeitos das vivências traumáticas para as pessoas em geral, mobilizando esforços para a pesquisa, a intervenção e a prevenção, bem como para o desenvolvimento de estratégias de diagnóstico e avaliação (GIBBS; MONTAGNINO, 2006; MORRIS, 2011).

Durante a década de 1980 muitos psicólogos se envolveram na área, quer atuando em desastres ambientais, quer em desastres tecnológicos. Em 1989, Jacobs e Quevillon atenderam familiares e sobreviventes de um desastre aéreo. Consideraram-no como o primeiro de uma série de eventos que os levaram, juntamente com um grupo de outros psicólogos, a buscar a *American Psychological Association* (APA) e a Cruz Vermelha Norte-Americana para desenvolver um plano nacional que proporcionasse apoio psicológico após desastres (JACOBS, 2007).

Segundo relato da própria APA (2006), após uma série de negociações, em 1991 foi assinada uma declaração de acordo com a Cruz Vermelha na qual a APA se responsabiliza por providenciar gratuitamente serviços de saúde mental para sobreviventes e socorristas de desastres. De fato, a *American Psychological Association* foi a primeira organização de saúde mental a trabalhar em colaboração com a Cruz Vermelha. Em decorrência desta articulação, em 1991, foi criada na APA a *Disaster Response Network* (DRN) que desde então mobiliza rapidamente profissionais para atuar, sempre que necessário. O banco de dados da DRN permite localizar psicólogos para trabalhar em determinado desastre segundo suas habilidades, experiência, especialização, fluência de idiomas, adequação cultural e local de moradia.

Em 1993, a *The International Federation of Red Cross Crescent Societies* (IFRC) criou o Centro de Referência para Suporte Psicossocial, sediado na Dinamarca, com a intenção de referenciar e desenvolver a excelência em atuações de suporte a desastres e emergências¹⁵. Relatam que, com o desenvolvimento dos estudos e o reconhecimento de entidades nacionais e internacionais que indicavam que os desastres não só traziam perdas físicas e materiais, mas também problemas de saúde mental, reconheceram que seu modelo tradicional de assistência que oferecia abrigo, comida e cuidados médicos já não era suficiente.

A consciência do impacto dos desastres naturais, das diversas formas de desastres tecnológicos, bem como da repercussão nas comunidades de situações críticas como atentados e terrorismo, foi se acumulando ao longo dos anos. As consequências devastadoras destas situações, a despeito de serem ou não provocadas pelo homem, levaram a Organização das Nações Unidas (ONU) a declarar a década de 1990 como a Década Internacional para Redução de Desastres Naturais (IDNDR).

¹⁵ <<http://www.pscentre.org>>. Acesso em 12/02/2014.

O objetivo deste mandato da ONU foi fomentar a cooperação global por meio de uma série de projetos e programas destinados a conscientizar e gerar atividades que permitissem a redução de perdas de vidas, perdas materiais e desorganização social e econômica trazidas pelos desastres naturais. Segundo Reyes (2006), a ambição da missão da IDNDR era difícil de ser atingida. Apesar dos interesses conflitantes das nações envolvidas, as iniciativas aperfeiçoaram uma colaboração global na coordenação do enfrentamento de desastres e ganhos em resiliência das comunidades afetadas. “Não obstante, à medida que a década foi chegando ao fim, os desastres de todos os tipos foram se tornando cada vez mais frequentes e cada vez mais caros, custando vidas e recursos econômicos” (p.3).

Foi também ao longo da década de 1990 que se identificaram esforços comuns de países europeus no enfrentamento a desastres. Após a II Guerra mundial a Europa se confrontou não só com a devastação territorial, mas também com a demanda de atuar com as sequelas na saúde mental dos sobreviventes. Não se teve acesso a relatos de intervenções em desastres, apenas a processos terapêuticos de saúde mental em crise, já nos anos de 1990. Segundo informações da SEPADEM na Espanha, em 1988 começou a funcionar um curso intensivo de formação em psicoterapia breve em emergências. Alguns acontecimentos pontuais e de ampla repercussão social contribuíram para manifestar a demanda de atenção psicológica que era dominada pelas grandes agências humanitárias. Foi só em julho de 1997 que o Colegio Oficial de Psicólogos espanhóis tornou oficial o *Comité Nacional de Intervención Psicológica en Desastres*. O mesmo parece ter ocorrido em outros países europeus.

De fato, em 1997 a *European Federation of Psychology Associations* (EFPA), em sua assembleia geral, criou uma força tarefa em psicologia dos desastres e das crises com os objetivos de: coletar as experiências de cada um dos países europeus no assunto, angariar as informações necessárias para o treinamento e atuação nestas áreas, intermediar a relação com a União Europeia, traçar recomendações de como desenvolver este ramo da psicologia em cada um dos países da associação e divulgar a situação e as experiências de psicologia dos desastres e das crises na Europa (SAARI, 2006).

Dois anos mais tarde, em nova assembleia geral, a psicologia dos desastres e das crises foi definida pela EFPA como a área de: “... prevenção de reações, sintomas e problemas de longo-prazo, gerados por desastres e incidentes críticos, por meio de intervenções imediatas. Este trabalho preventivo também envolve o acompanhamento de vítimas de desastres” (SAARI et al, 2011, p. 141). Em 2005, a área foi redefinida como psicologia dos desastres, crises e traumas.

A força tarefa da EFPA se transformou em comitê permanente e organiza hoje as ações das sociedades nacionais de vinte e dois países europeus, definindo protocolos de atendimento e formação.

Tanto a EFPA, quanto a APA e o Manual editado por Reyes e Jacobs (2006) reconhecem a importância das questões culturais locais no fomento e planejamento de intervenções em desastres.

Eventos como o atentado terrorista de 11 de setembro de 2001 em Nova Iorque ou o tsunami de dezembro de 2004 no sudeste asiático mobilizaram um número enorme de psicólogos para oferecer atendimento aos sobreviventes, indicando o envolvimento destes profissionais com as questões humanitárias. Trouxeram também o reconhecimento internacional da importância dos cuidados com a saúde mental de curto, mas também de longo prazo (APA, 2006; EFPA, 2011). Por outro lado trouxeram à luz a importância da atenção à diversidade cultural, étnica e religiosa, que se transformou em tema de agenda na elaboração de planejamentos de ação, intervenção e pesquisa.

1.2 Histórico Latino-Americano

Historiar o que ocorre na América Latina e Caribe é tarefa de difícil realização. Aparecem relatos da presença de associações ou ações a partir ou pouco antes da mudança do milênio, no Peru, Colômbia, Chile e Argentina, mas a informação retratada em sites de Internet é precária e muitos artigos ou relatos provem de periódicos de pouca confiabilidade, quer porque datas e períodos colidam, quer porque os textos não apresentam bibliografia ou documentos que os fundamentem.

Valero Alamo (2007) descreve algumas ações psicológicas em desastres pela América Latina e Caribe. Afirma que em 1972, o manual de primeiros auxílios psicológicos em casos de catástrofe da Associação Norte-Americana de Psiquiatria, de 1970, foi traduzido no Peru e serviu de apoio para o atendimento em vários eventos no país. Cita outras catástrofes, como o atendimento aos sobreviventes do terremoto em Manágua na Nicarágua em 1972, para o qual foram criados centros de saúde mental comunitários, organizados por profissionais nicaraguenses e norte-americanos. Relata que quando o projeto findou em 1974, 7000 pessoas apresentavam algum comprometimento psicológico.

O mesmo autor (VALERO ALAMO, 2007) descreve o envolvimento dos psicólogos da *Universidad Autónoma de Mexico* que desenvolveram um programa de intervenção

durante o terremoto de 1985 que destruiu a cidade do México. E ainda sobre o final de 1985, aponta a erupção de um vulcão em Armero, Colômbia, no qual o Ministério da Saúde do país, com o assessoramento da OMS/OPAS estabeleceu um programa de atenção primária em saúde mental para desastres, com a participação de acadêmicos norte-americanos. E, em 1986, Jaramillo descreveu um modelo de atendimento psicoterapêutico para pacientes terminais, vítimas da erupção. Como decorrência, foi publicado um manual para capacitação do trabalhador de atenção primária.

Em 1989, o *Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social* do Panamá desenvolveu um plano de ação em saúde mental para situações de desastres, um dos pioneiros na América Latina. O que se percebe dos relatos de Valero Alamo (2007), no entanto, é que não parece haver uma criação conceitual ou de atendimento realmente local, e as intervenções partem da colaboração com profissionais norte-americanos ou se baseiam em suas orientações, como é o caso do manual da Sociedade Norte-Americana de Psiquiatria.

Em 1990 a OPAS criou o *Centro de Documentación de Desastres* (CDD) sediado em San Jose, Costa Rica, com o objetivo de garantir e divulgar documentações técnicas sobre desastres. Em 1994, a Secretaria para a Década Internacional de Redução de Desastres Naturais da ONU tomou parte do CDD, ampliando sua projeção e operação, o que culminou, em 1997, com a criação do *Centro Regional de Información sobre Desastres para America Latina y el Caribe* (CRID)¹⁶, que tem como missão:

[...] promover uma cultura de redução de riscos de desastres (RRD) nos países da América Latina e do Caribe, mediante a análise, sistematização e difusão de informações sobre gestão de risco, a promoção e fortalecimento de centros de informação, o esforço cooperativo com atores-chave, e a resposta oportuna e eficiente aos requerimentos de nossos usuários e os atores que trabalham neste âmbito.

Pode-se usar o site do CRID para acesso à informação, mas o que se verifica é que o escopo do site se refere à redução de riscos de desastres e sua gestão, pouco material aborda temas de saúde mental e intervenção psicológica para sobreviventes ou profissionais.

Segundo Molina (2006) o principal marco na construção do atendimento psicológico a desastres e emergências para a América Latina foi a criação da Sociedade Peruana de Psicologia em Emergências e Desastres, em 2002. Em 2001, houve um incêndio na cidade de Mesa Redonda, onde morreram 291 pessoas. O desastre foi de tamanho impacto que o governo peruano solicitou a intervenção do Colégio de Psicólogos do Peru, para o

¹⁶ <<http://www.cridlac.org>>. Acesso em 12/12/2013.

atendimento aos familiares das vítimas. Ainda no ano de 2002, em Lima, como consequência destas ações foi realizado o I Congresso de Psicologia em Emergências e Desastres. Para este evento foram convidados representantes de vários países, sendo criada a Federação Latino-Americana de Psicologia das Emergências e Desastres (FLAPED), cujo objetivo era reunir psicólogos e fomentar a criação de sociedades nacionais, preocupadas com o tema.

Em 2004, em decorrência do acordo de Lima, foi criada a Sociedade Chilena de Psicologia das Emergências e dos Desastres (SOCHPED) com os objetivos de: descrever e explicar os processos psicológicos que aparecem nas emergências; desenvolver, aplicar e disseminar o uso de técnicas psicológicas para situações de emergência; selecionar pessoal para integrar grupos de resgate e trabalhos de risco e capacitar psicologicamente a comunidade em geral para enfrentar emergências (MOLINA, 2006). Por ocasião do terremoto de 2010 no Chile, houve uma grande mobilização dos psicólogos chilenos, observada na produção decorrente que será analisada como parte desta pesquisa de mestrado.

1.3 Histórico Brasileiro

No Brasil, estudos acerca do acidente com o vazamento de material radioativo em Goiás, no ano de 1987, sugerem o princípio dos esforços dos pesquisadores em psicologia do país, na área dos desastres.

Em 1984, o Instituto de Previdência e Assistência Social de Goiás (IPASGO) comprou uma propriedade da Santa Casa de Misericórdia na qual existia o Instituto Goiano de Radioterapia (IGR) e deu início a sua demolição. Os proprietários do Instituto quando desocuparam o local deixaram ali um aparelho de radioterapia. Em 13 de setembro de 1987, dois rapazes tentaram extrair o chumbo que revestia o aparelho de teleterapia, em cujo interior se encontrava o cloreto de Césio-137. Após retirarem as peças de seu interesse, venderam o que restou ao proprietário de um ferro-velho que expôs o material a seus vizinhos e familiares. Como a exposição decorreu por alguns dias, a área de risco aumentou; além disso, o que restou do equipamento de radioterapia foi levado a outro ferro-velho, espalhando ainda mais o material radioativo¹⁷.

Segundo relatório de Helou e Costa Neto (s/d), em decorrência do acidente, 249 pessoas foram atingidas em graus diversos, quatro das quais foram vítimas fatais. Uma equipe

¹⁷ <<http://www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=85873>>. Acesso em 12/12/2013.

de psicólogos foi formada para dar atendimento aos hospitalizados e albergados (que tiveram suas casas contaminadas). De acordo com os autores, o trabalho dos psicólogos começou três semanas após o acidente. Relatam que os albergados se encontravam em sério comprometimento da identidade, enquanto entre os hospitalizados havia comprometimento de saúde mental e sintomas que poderiam ser diagnosticados como TEPT, além de insegurança e ansiedade diante da possibilidade de morte, o que produzia certa regressão.

O processo psicoterapêutico dos hospitalizados em Goiânia foi dificultado pela falta de coesão da equipe de saúde, pelo sensacionalismo da imprensa e pela falta de compreensão do papel do psicólogo. Tais fatores contribuíram para que fosse apenas possível uma psicoterapia de apoio (HELOU E COSTA NETO, s/d). Desde este acidente, a aceitação do psicólogo nas emergências e desastres foi crescendo no Brasil, embora de forma lenta.

Franco (2005) descreve que em 1996 houve um acidente aéreo que vitimou 99 pessoas na região metropolitana de São Paulo. O acidente demandou a mobilização de psicólogos com experiência clínica com enlutados, que faziam parte de um atendimento universitário da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, o Laboratório de Estudos do Luto, para auxiliar no cuidado dos familiares, socorristas e demais envolvidos no desastre. Segundo a autora, este atendimento levou a grandes questionamentos sobre as especificidades do trabalho em circunstâncias como estas.

Desta experiência, em 2001, parte destes profissionais criou um centro de referência para atender vitimados, familiares e demais envolvidos em situações de desastres, crises e emergências, o Grupo IPE – Intervenções Psicológicas em Emergências¹⁸ que tem atuado em diversos eventos no Brasil, desde então. Os objetivos do grupo se referem a: a) oferecer atendimento psicológico especializado para situações de crises, catástrofes, emergências e luto, nos diferentes âmbitos de necessidade dos envolvidos, visando uma ação preventiva para situações de estresse pós-traumático e luto traumático; b) desenvolver habilidades nos profissionais envolvidos com essa atividade, de maneira a terem uma atuação eficiente, com risco controlado para sua saúde.

Em 2006 e 2011 o Conselho Federal de Psicologia trouxe o assunto à pauta nacional por meio de dois eventos temáticos. Em 2006, foi realizado o I Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres, cujo foco foi as possíveis contribuições da psicologia para a construção de comunidades mais seguras, que teve como decorrência a mobilização para a I Conferência Nacional de Defesa Civil (I CNDC), em 2010.

¹⁸ <http://www.4estacoes.com/nucleo_intervencoes.asp>. Acesso 12/12/2013.

Além disso, o CFP contribuiu com a criação da Rede Latino-Americana de Emergências e Desastres, já mencionada. Em 2010, realizou em parceria com o CRP-02 de Pernambuco Oficinas de Prática da Psicologia nas Emergências e Desastres, que buscaram contribuir para estruturar o trabalho dos psicólogos que atuavam na reconstrução das cidades atingidas pelas chuvas de 2010.

Em 2011 foi realizado outro encontro internacional, com autores latino-americanos (CFP, 2011) e em decorrência surgiu a ABRAPEDE¹⁹ em 2012, que ainda está em estado inicial.

Cabe mencionar ainda que existem outros núcleos que estudam desastres no Brasil; o NEPED (Núcleo de Estudos e Pesquisas Sociais em Desastres), da Universidade Federal de São Carlos e o CEPED (Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres) da Universidade Federal de Santa Catarina. Embora ambos tenham enfoque sociológico, este último publicou um manual de *Contribuições da Psicologia*. Recentemente apareceram novos núcleos de estudo como o IP (do Centro de Pesquisas sobre Desastres Naturais da Universidade de São Paulo), o CENACID (Centro de Apoio Científico em Desastres, unidade especial do Núcleo Interdisciplinar de Meio Ambiente e Desenvolvimento –NIMAD) da Universidade Federal do Paraná, o NUPE (Núcleo de Psicologia em Emergência), o Foccus (Núcleo de Psicologia Aplicada), entre outros, indicando que a preocupação com a preparação dos psicólogos para atender sobreviventes de desastres começa a se generalizar pelo país.

¹⁹< <http://www.abrapede.org.br>>. Acesso em 12/12/2013

CAPÍTULO 2 - TEMAS CONCEITUAIS

A Organização Pan-Americana de Saúde, (OPAS, 2010b, p. 7) em manual de apoio psicossocial destinado a equipes de resposta às situações de emergência e desastres, afirma que estas situações “produzem diversos problemas no nível individual, familiar, comunitário e social”, dado que nestes três níveis, “deterioram-se os mecanismos de proteção da pessoa e acrescentam-se riscos de que apareçam numerosos tipos de problemas”, sociais ou de comportamento. Desastres podem ser pensados, portanto, como eventos sistêmicos cujo enfrentamento e reflexos podem se estender até às gerações que não o vivenciaram, como é o caso do Holocausto.

Saraceno (2006, p. xiii-iv), ex-diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, na apresentação do *Handbook of International Disaster Psychology* (REYES; JACOBS, 2006) define a psicologia dos desastres como um campo complexo:

Psicologia do desastre lida com o trauma psicológico (i. e, um estressor extremo que pode eliciar uma ansiedade forte e aguda e/ou uma reação dissociativa na maioria das pessoas) como um fator de risco de desordens de humor e ansiedade, bem como para dificuldades físicas e emocionais não patológicas. (...) Assim, quem atua em psicologia dos desastres, necessita ser capaz de pensar para além de sua disciplina; a psicologia dos desastres lida não somente com o trauma psicológico, mas também com perdas enormes que frequentemente tendem a ser esquecidas. (...) Quem atua em psicologia dos desastres, precisa não ser apenas um especialista em trauma psicológico, mas também em perdas e em mudanças comunitárias. Mais do que isso, atuar dentro de comunidades de uma maneira apropriada.

Considera-se que a definição de Saraceno (2006) é um bom organizador para a identificação dos conceitos centrais da psicologia das emergências e dos desastres. Assim, o presente capítulo tratará das questões de luto e luto traumático, posteriormente o tema do trauma de modo a incluir os conceitos de estresse e de estresse pós-traumático e finalmente as perspectivas de saúde mental.

2.1 As Perdas e o Luto

Conforme foi apresentado no capítulo anterior, muitos dos autores que procuram historiar o trabalho psicológico em situações de desastres iniciam fazendo menção ao trabalho de Lindemann (1944) e seu atendimento aos feridos e familiares dos mortos do incêndio do *Coconut Grove Nightclub*, dada sua valiosa contribuição acerca da centralidade das respostas desadaptadas de luto na etiologia das desordens mentais e delimitando, desde o início, a importância de que o psicólogo envolvido nas ações em desastres tenha conhecimento e expertise em perdas e luto.

Uma situação de desastre envolve grandes perdas materiais-objetivas e simbólico-subjetivas que remetem a necessidade de compreender as reações humanas em relação às perdas. Por mais natural que seja ao ser humano vivenciar perdas e a morte, muitas vezes a elaboração do ocorrido será custosa, talvez mais do que a pessoa possa ou acredite ser capaz de custear. Uma perda significativa pede uma assimilação à altura do vínculo rompido.

Freud (1915/1973) é o autor que inicialmente relata a importância do enlutamento na manutenção do funcionamento psicológico sadio. Para ele:

O luto é, em geral, a reação à perda de um ser amado ou abstração equivalente: a pátria, a liberdade, um ideal, etc. Não é um estado patológico... ainda que se trate de um estado de desvios de sua conduta normal... Confiamos, efetivamente, que no decorrer de algum tempo desaparecerá por si só e julgaremos inadequado e prejudicial perturbá-lo (p.277).

Embora Freud tenha contribuído muito ao considerar a necessidade de elaboração da dor da perda e as consequências da retenção da energia psíquica quando o indivíduo não é capaz de superá-la, é no trabalho de Bowlby e seus colaboradores que a complexidade do luto relativo aos rompimentos de vínculos afetivos mais evoluiu na psicologia do século XX.

Diferentemente de Freud, Bowlby considerou que a formação de um vínculo afetivo não era uma condição secundária, decorrente da dependência. Para ele, o ser humano é primária ou biologicamente destinado à formação de vínculos afetivos, dada a sua condição fundamental para a sobrevivência. Chamou de apego (*attachment*), o tipo especial de vínculo que se constrói entre o indivíduo e seu cuidador.

A perda da figura de apego, ou mesmo seu afastamento são acompanhados de profunda consternação e, embora ao longo do processo de desenvolvimento humano o indivíduo se torne cada vez mais independente de suas figuras primárias de apego, sob

situações de desassossego ou estresse é só a proximidade que trará conforto (Bowlby, 1997). O que ocorre em situações de desastre é que muitas vezes a(s) pessoa(s) ou situação(ões) que conforta é que está perdida, o que remete ao luto.

Parkes (1998) argumenta sobre a intensidade do vínculo e sua resistência a separações e essa intolerância é tomada como uma medida do luto. Retoma Bowlby ao dizer que um vínculo bem estabelecido é aquele que tolera afastamentos e separações, mas contextualiza que novas extensões aos papéis, planos e repertórios de uma pessoa dependem da presença da outra que partiu.

Propõe determinantes do resultado do luto: *os antecedentes*, que dizem da relação com o morto (força e segurança do apego, envolvimento, ambivalência entre outros), experiências na infância e posteriores, doença mental prévia, crises vitais prévias e tipos de morte (prematuras, violentas, geradoras de culpa, entre outras); *os simultâneos*, como gênero, idade, personalidade (tendência ao pesar ou inibição de sentimentos), condição socioeconômica, religiosidade e fatores culturais na expressão do pesar; e *os posteriores*, classificados como apoio social ou isolamento, estresses secundários e oportunidades emergentes (PARKES, 1998).

Quando as reações diante das perdas não são as esperadas, isto é, fogem de sintomatologia e de processos naturais e culturais, ocorre um processo de luto complicado. Franco (2010) delimita melhor os fatores de risco para a instalação do luto complicado: circunstâncias da perda (mortes repentinas, violentas ou consideradas prematuras pelo enlutado); a causa da morte e seus significados; o tipo de morte (estigmatizantes ou constrangedoras junto ao ambiente social); existência de segredos relativos à morte ou sua causa; falta de rituais para elaborar a perda; falta de rede de apoio psicossocial.

Todos os lutos podem ser traumáticos e o enlutado exibirá sintomas afetivos de ansiedade, culpa, raiva, isolamento, depressão, falta de prazer, agitação, fadiga etc. Para pessoas que enfrentam perdas, o processo de luto pode desenvolver-se de maneira mais saudável, como um processo de ajustamento e adequação, simbolizando e significando a ausência do objeto de vínculo de forma natural à sua realidade, sem necessidade de maiores intervenções. Para outros, se fará necessário um acompanhamento mais cuidadoso.

Dado que os desastres muitas vezes são eventos súbitos e rápidos, mas que alteram significativamente, em longo prazo, o cotidiano e ecossistema do indivíduo, se tornam mais críticas as condições de elaboração e enfrentamento.

De acordo com Walsh (2005), enfrentar a perda é o desafio mais difícil que uma família pode encarar, sendo que uma morte na família implica em perdas múltiplas, como a perda da pessoa, a perda de relacionamentos e a perda de sonhos.

Perdas ambíguas são outro fator de risco de luto complicado (FRANCO, 2002; WALSH, 2005; BOSS, 1999) e passível de ocorrer em desastres, quando envolve desaparecimento do corpo. A perda ambígua gera problemas individuais e familiares, que dificultam seu processo de elaboração.

Boss (1999) discute a perda ambígua diferenciando-a da perda tradicional porque não há certeza de que a pessoa não retornará, ou retornará a ser o que era usualmente, caracterizando-se como: tipo 1 - ocorre quando há ausência física e presença psicológica. (corpo desaparecido, divórcio, dar bebê em adoção, imigração); tipo 2 - há a presença física e ausência psicológica (demências, trauma cerebral).

Para cada história familiar a perda ambígua terá um entendimento específico de acordo com a cultura, o sexo, a raça, a etnia, a orientação sexual, ou até mesmo, para a mesma pessoa em diferentes momentos de sua vida.

Bowlby (1998) alude aos sentimentos antagônicos presentes no processo de luto, tais como um desejo constante de busca pela figura perdida, sentimento de culpa e desorientação relacionada à perda. O luto desencadeia sentimentos ambivalentes, visto que a perda de uma pessoa amada traz desejo intenso de reunião, mas simultaneamente raiva por sua partida.

Mesmo sendo ambíguo por natureza, o luto pode se caracterizar como perda ambígua quando seu processo de elaboração é impedido pela ausência da constatação clara da perda. Além disso, em casos de perda ambígua, a perda pode não ser validada e ritualizada, o que dificulta o processo de elaboração do luto.

Nos desastres, as perdas do objeto(s) amado(s) envolvem outras, às vezes menos óbvias: como uma condição de vida, *status*, orientação, poder econômico. Tais perdas forçam o indivíduo a mudar sua percepção do mundo e seu lugar nele: seu mundo presumido.

Parkes (2009) trabalha o conceito de mundo presumido como um aspecto do mundo interno que é reconhecido como verdadeiro. Tudo que se considera garantido faz parte do mundo presumido: as concepções sobre eu-mesmo, parentes, amigos, as habilidades para lidar com os desafios e as incontáveis cognições que compõem a complexa estrutura da qual depende a experiência humana.

Estas concepções são constituídas ao longo da vida, sobrepondo-se uma sobre a outra, organizando-se com ajustes e adaptações necessárias para formar uma espécie de guia onde as experiências serão comparadas e compreendidas.

O mundo presumido é parte valiosa do equipamento mental, orienta e referencia o mundo e pode ser profundamente questionado nas adaptações que o indivíduo deverá fazer após um desastre.

O mundo presumido atua como base segura para a experiência da vida, norteando as ações e escolhas, organizando a estrutura afetiva e cognitiva para conhecer o mundo. São concepções básicas que trabalham como princípios condutores, que dirigem julgamentos e atenções. São premissas sobre nós mesmos, os outros e o mundo que permitem interpretar o significado das situações vividas e desenvolver estratégias de sobrevivência (PARKES, 2009). Sua função primária pode ser entendida como proteção às ameaças da existência e ela será abalada em uma situação de desastre.

Quando se é tocado por eventos inesperados, imprevistos e não planejados, desafiando o mundo presumido, podem gerar-se crises, pedindo mudanças e adaptações. Um árduo trabalho de transição psicossocial.

Janoff-Bulman (1985) acredita que uma situação traumática acarretará maiores dificuldades quando, em um curto espaço de tempo, pulverizar concepções básicas acerca do mundo. Experiências tão fortes são capazes de invalidar aspectos fundamentais do mundo presumido da pessoa, situações descritas como “concepções destruídas”, que fragilizam e retiram a segurança antes vivida.

Se o mundo presumido é fundamental fonte de segurança e referência para o indivíduo, sua desconstrução pedirá uma ampla revisão e resignificação. E após um evento traumático e disruptivo, esta energia para reconstrução poderá não encontrar-se disponível. Rever o mundo presumido pede esforços cognitivos e afetivos, num processo que demandará tempo e dedicação.

Perdas trágicas ou inesperadas desafiam a inteligibilidade das narrativas previamente adequadas e clamam por novas histórias, novas narrativas. Se o mundo presumido colapsar, uma reconstrução de significados pedirá passagem; mais do que uma nova face positiva ou adaptativa ao evento desagradável, trata-se de uma profunda reorganização da construção de si e de mundo, podendo levar ao entendimento de que o luto é um processo transformativo.

2.2 Trauma, Estresse e Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Conforme a definição do início do capítulo, a psicologia do desastre “lida com o trauma psicológico (i. e, um estressor extremo que pode eliciar uma ansiedade forte e aguda

e/ou uma reação dissociativa na maioria das pessoas).” (SARACENO, 2006, p. xiii-iv). Todos os autores consultados, realmente, retratam os desastres como uma situação com potencial traumático (SARACENO, 2006; GIBBS; MONTAGNINO, 2006; IWGDDB, 2002; REYES, 2006).

Para a IWGDDB (2002, p. 450) o desastre, como evento traumático, “causa grandes perdas na vida, saúde (ou propriedades) e impactam muitas pessoas”. Mas a concordância sobre o trauma tem agravantes conceituais, pois, como afirmam Yutzenka e Naifeh (2008, p. 96), “se há uma constante na literatura sobre crises, estresse, trauma e mais recentemente, desastres, é o quão frequentemente estes termos são usados de maneira intercambiável”.

Como foi descrito no capítulo anterior, os estudos sobre trauma remontam à psiquiatria do século XIX e início do XX, mas associados às vulnerabilidades pregressas do indivíduo, enquanto a ideia de Saraceno a associa ao estresse ou magnitude do estresse vivenciado.

Poder-se-ia então, explicitar melhor que o trauma psicológico ocorre quando a capacidade do indivíduo integrar sua experiência emocional é sobrecarregada e ele vivencia (subjetivamente) uma ameaça à vida, à integridade corporal ou sanidade (PEARLMAN; SAAKVITNE, 1995), ou tem seu mundo presumido colapsado, conforme descreveu-se anteriormente (PARKES, 2009). Situações psicologicamente traumáticas podem tanto ser decorrentes de um evento individual, como um assalto ou acidente, quanto coletiva, como é o caso de desastres.

Quando se argumenta que a experiência emocional é sobrecarregada, está-se referindo à quantidade de estresse vivenciado. O primeiro grande expoente na conceituação de estresse foi Selye, que o considerou uma resposta orgânica inespecífica frente a uma demanda qualquer que altere o estado de homeostase do organismo (SELYE, 1998). Assim, os estudos sobre estresse se referem tanto a “como os organismos mantêm suas funções diante das perturbações impostas pelos fatores estressores” quanto sobre “os custos e consequências resultantes da dinâmica regulatória” (FARO; PEREIRA, 2013, p. 81).

As reações ao estresse comportam os ajustes antecipatórios e compensatórios que buscam manter o equilíbrio do organismo, aumentando sua probabilidade de sobrevivência. Eventos avaliados como positivos, como a mudança para um novo emprego, tanto quanto negativos, como a perda de um ente querido, envolvem um aumento do nível de estresse. O estresse garante um estado de prontidão para a adaptação à nova circunstância.

Um desastre, portanto, envolve a possibilidade de trauma associado a um nível tão alto de estresse que ultrapassa a condição de adaptação do indivíduo, embora como

argumentam Briere e Scott (2006, p. 3), o trauma diz respeito “apenas ao evento e não à reação, devendo ser reservado (como conceito) aos grandes eventos que sobrecarregam psicologicamente a pessoa”, traçando uma fronteira entre um antes e um depois.

Para a APA (2006), os sobreviventes de um desastre usualmente vivenciam um trauma, que pode conduzir a uma desordem psicológica como o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade, depressão e abuso de substâncias, assim como uma miríade de outros problemas de saúde.

Embora o conceito de TEPT, introduzido no DSM-III em 1980, seja um conceito amplo, que se refere aos efeitos de múltiplos traumas, desde sua definição, dominou muito da literatura sobre desastres (GIBBS; MONTAGNINO, 2006; REYES, 2006; MORRIS, 2011). Norris et al (2002), por exemplo, comparou os resultados de 160 estudos sobre desastres, verificando que 68% se referiam a consequências do TEPT.

O diagnóstico de TEPT segundo o DSM-III inclui: a) ter sido exposto a um evento traumático ou ameaçador e reagir com medo, desamparo e horror; b) re-experenciar o evento traumático, usualmente em *flashbacks* ou pesadelos; c) exibir sintomas de embotamento afetivo e evitação social; d) apresentar alto nível de excitabilidade.

Desde que o diagnóstico foi delimitado, ocupou grande espaço nas pesquisas, desenvolvendo-se uma variedade de instrumentos de avaliação e revisões sistemáticas de sua aplicabilidade. Segundo a APA (2006), no entanto, muitas das pesquisas empíricas sobre TEPT negligenciaram o contexto social do trauma.

O estudo de Norris et al. (2002) é citado como o mais amplo realizado na área pois analisou 160 estudos sobre desastres (com um total de 60.000 sujeitos), tendo verificado que em dez dos estudos os participantes apresentavam dificuldades de pequena ordem, em cerca de metade deles constatou-se problemas de saúde mental moderados e nos 40% restantes, problemas severos ou muito severos. Segundo os autores, não é mais o caso de se manter debatendo se os desastres causam patologias, pois isto é fato; a questão é entender quais aspectos dos desastres são mais devastadores e quais são as características dos indivíduos ou das situações nas quais os efeitos são mais pronunciados.

A vivência de um evento traumático não conduz necessariamente ao transtorno. Não basta ser exposto a uma situação de risco de vida para se desenvolver o TEPT, faz-se ainda necessário ter reagido a ela com "intenso medo, impotência ou horror" (critério A2 do DSM-IV). Mas isto implica na construção do significado e na compreensão das condições sociais, religiosas e culturais nas quais o indivíduo está inserido e que passaram a ser compreendidas posteriormente, a partir dos modelos de risco mais complexos desenvolvidos posteriormente à

definição do transtorno e tratados no próximo tema.

2.3 O Manejo dos Desastres e as Perspectivas em Saúde Mental

Conforme foi mencionado no capítulo anterior, Caplan foi um dos colaboradores de Lindemann e quem também muito contribuiu para a delimitação de ações em desastres. Um desastre produz crise, que Caplan (1990) denominou como ‘crises psicológicas’: situações precipitadas por circunstâncias perigosas ou randômicas, que sobrecarregavam e desequilibravam o indivíduo, temporariamente. “Durante uma crise, as pessoas tornam-se temporariamente mais dependentes de outros e mais abertas a suas influências; intervenções em tais períodos têm maior eficácia do que em situações de equilíbrio psicológico” (CAPLAN, 1990, p.28).

Caplan é tido como o pai da psicologia comunitária e das intervenções em crise (CUTLER; HUFFINE, 2004). Considerava que se o estresse é a principal causa de psicopatologia, o melhor meio de atuar seria reduzindo o estresse ambiental – prevenção primária - que no caso dos desastres se referia ao desenvolvimento de estratégias de preparação para emergências (GIBBS; MONTAGNINO, 2006).

A prevenção secundária envolve a identificação de indivíduos em risco e sua assistência, o que foi denominado ‘intervenção de crise’, implicando em auxiliar os sobreviventes e enlutados a expressarem o pesar de modo a reduzir a possibilidade de sintomas. De acordo com Caplan (1990) oferecer recursos de enfrentamento seria a principal característica das intervenções de crise. Recursos podem ser da ordem pessoal, como conforto psicológico, tanto quanto social, tema a ser explorado mais adiante.

A prevenção terciária envolve buscar limitar as dificuldades futuras dos indivíduos que já estão emocionalmente comprometidos, e diz respeito a atendimentos de longo prazo, como as psicoterapias.

Ao longo do século XX, desenvolveram-se vários modelos de intervenção de crise. Segundo Roberts (2000) a maioria deles é focado em solução de problemas com ênfase nas forças do indivíduo para lidar com a situação, apoiados nas noções de Lazarus e Folkman (1980, *apud* ROBERTS) de que o enfrentamento ativo (emocional ou cognitivo) tem melhores resultados. Há modelos de intervenção de crise cognitivistas, psicodinâmicos, existenciais. Também podem se referir a patologias específicas como depressão ou TEPT.

Dado que este último (TEPT) dominou muito da área nas décadas anteriores, cabe

mencionar o *Debriefing* psicológico que se trata de intervenção de crise desenvolvida por Jeffrey Mitchell, em 1982, e que pode ser aplicada a sobreviventes, familiares de vítimas e socorristas para prevenção do transtorno.

O '*debriefing* psicológico' (DP) é um conceito genérico para uma classe de intervenções imediatamente após o trauma (geralmente dentro de 3 dias) que busca aliviar o estresse com o objetivo de modular ou evitar patologias de longo prazo, trabalhando com a reconstrução narrativa da experiência e dando espaço à catarse, bem como fornecendo informações/educação acerca de sintomas esperados e meios de alívio. O DP teve seu uso muito generalizado, mas passou a ser bastante questionado a partir das revisões de literatura acerca de seu pouco efeito positivo e da falta de bases empíricas que sustentem sua aplicabilidade (APA, 2006).

Nas últimas décadas do século XX, os estudos sobre os impactos de condições de risco sobre a saúde mental também foram se complexificando. Risco é um conceito que se refere ao que predispõe uma população a consequências específicas, negativas ou indesejáveis. Na epidemiologia em geral, referiu-se à documentação dos tipos de doenças na população humana e os fatores associados a elas. De início, os modelos eram lineares de tipo causa e efeito (tem X não tem), medido em termos de probabilidade negativa: ocorrência de um resultado em população específica. Este modelo, no caso da saúde mental, não é simples de ser aplicado à medida que o resultado é mais complexo de delimitar, pois, além de presença/ausência interessa saber a duração do transtorno, número e severidade dos sintomas. Deseja-se reduzir tantos os riscos quanto suas consequências (COWAN; COWAN; SCHULZ, 1996).

No início dos anos de 1970 alguns pesquisadores de psicopatologia infantil (WERNER; SMITH, 1982; RUTHER, 1987) começaram a se deparar com o fato de que crianças criadas em situações de risco (pais alcoolistas, com comprometimentos de saúde mental, pobreza) não apresentavam carências no plano biológico ou psicossocial, ao contrário tinham uma qualidade de vida adequada, quando adultos. Inicialmente estas crianças foram consideradas invulneráveis e posteriormente a perspectiva foi remodelada, e no final dos anos de 1970, foi introduzido o conceito de resiliência.

A partir da década de 1980 aumentou o interesse em conhecer as pessoas que desenvolvem competências (*do well*) apesar de terem sido criadas em condições adversas ou que aumentam o risco de apresentar psicopatologias (OSBORN, 1990). O primeiro grupo de pessoas passou a ser denominadas de resilientes.

Os autores que trabalham segundo a perspectiva de risco e resiliência demonstraram que nem todos os indivíduos expostos a situações de risco desenvolvem um prognóstico negativo. Proteção e vulnerabilidade modificam o risco. Proteção refere-se aos fatores e processos que diminuem a probabilidade de aparecimentos dos efeitos do risco, enquanto a vulnerabilidade consiste nos processos e fatores que aumentam a probabilidade de emergirem efeitos negativos ou não desejados, sob uma condição de risco (COWAN; COWAN; SCHULZ, 1996).

A vulnerabilidade e a proteção só operam na presença do risco; sem risco, ambas não tem efeito; além disso, só atuam em momentos determinados do tempo, para indivíduos, famílias e grupos sociais específicos. Indivíduos ou famílias resilientes são aqueles que, além de evitar os efeitos mais negativos implicados na condição de risco, demonstram uma adaptação adequada ou superior, ao enfrentarem o evento inoportuno (COWAN; COWAN; SCHULZ, 1996).

De acordo com Gibbs e Montagnino (2006), no caso da saúde mental em desastres, ter acesso aos grupos e indivíduos mais vulneráveis delimitou novas abordagens de avaliação e de pesquisa. Se o trauma associado ao desastre aumenta o risco de problemas de saúde mental deve-se pesquisar quais são os grupos mais vulneráveis. Além disso, deve-se considerar que processos e variáveis pessoais, familiares ou sociais podem ser meios de proteção que favoreçam o enfrentamento positivo.

Um desastre envolve não só o indivíduo. O conceito de desastres de McFarlane e Norris (2006, p. 4) destaca as particularidades desta experiência, explicitando que desastres: “são eventos potencialmente traumáticos que são vividos coletivamente, ocorrem de forma abrupta”, mas cujos efeitos podem reverberar por longo período de tempo.

Muitos dos desastres têm efeitos não só no curto prazo, mas de longo prazo. Implicam em deslocamento e perda do ambiente, da rede social e a exposição, inclusive à perspectiva cultural do protocolo de ação das agências envolvidas. Emergem duas demandas de estudo e compreensão: das diferenças culturais, sociais, econômicas e religiosas e da organização e funcionamento da comunidade afetada.

As respostas psicopatológicas como a ansiedade, o pânico e TEPT identificadas como consequências de desastres geraram o desenvolvimento de técnicas para prevenir os efeitos da exposição e evitar o risco do desenvolvimento das patologias como, por exemplo o DP, mas pouco consideraram as implicações sociais e o efeito dos recursos que possam modular o estresse e o trauma.

Recursos amortecem ou moderam o impacto dos eventos estressores e o nível de estresse vivenciado. A possibilidade de manter o apoio (familiar, social) é um dos recursos mais impactados quando de um desastre. Recursos sociais podem ser apoio social (porto seguro, discutir problemas, dividir sentimentos e preocupações, escuta empática), apoio instrumental; apoio logístico (informações, *feed back*) (BOSS et al. 2003, BOSS, 2006).

Recursos são potenciais mais do que reais e recursos positivos tem poder regenerativo à medida que permitem modular o estresse e diminuir o efeito do estressor. Nesta perspectiva é que se retoma o fragmento final da definição de Saraceno (2006) de que o psicólogo em emergências e desastres deve “atuar dentro de comunidades de uma maneira apropriada”, respeitando e valorando a cultura local, pois é no contexto de cada cultura e cada grupo social que se constroem significados específicos para os eventos estressores.

Nesta perspectiva, no caso de um desastre, não só se deve evitar o efeito do trauma, mas compreender o indivíduo em seu contexto de vida, valorizando os temas de promoção de saúde, ou seja, capacitando as pessoas e comunidades a aumentarem o controle sobre sua saúde e aperfeiçoá-la (Carta de Otawa - OMS, 1986). Para tanto, se faz necessário desenvolver as capacidades de enfrentamento positivo que cancelem ou modulem o impacto do risco, ou mesmo levem a níveis mais flexíveis de adaptação, à medida que fatores de proteção ou fatores que promovem e garantem a saúde, tem mais impacto do que os de risco.

Fortalecer a comunidade e desenvolver estratégias para tanto se torna meio efetivo de conter os efeitos devastadores do trauma (REYES, 2006).

CAPÍTULO 3 – MÉTODO

O objetivo do presente trabalho foi delimitar os conceitos, ações e pressupostos teóricos norteadores da psicologia dos desastres e emergências na literatura psicológica da última década, onde o número de pesquisas relativas ao tema aumentou significativamente, conforme levantamento inicial para a realização deste mestrado.

Portanto, trata-se aqui de uma pesquisa bibliográfica. Como afirma Gil (2007) a pesquisa bibliográfica contempla melhor as investigações que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema. Além disso, é realizada a análise de materiais com confiabilidade entre a comunidade científica, devido ao tipo de construção que sofreu, isto é, uma análise daqueles que praticam um determinado ramo de conhecimento.

Segundo Severino (2007) há diferentes modalidades e metodologias de pesquisa em Ciências Humanas. Quanto à modalidade, a pesquisa pode ser quantitativa, qualitativa, etnográfica, participante, pesquisa-ação, estudo de caso e análise de conteúdo. Quanto à natureza das fontes de pesquisa, o autor distingue quatro modalidades: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, pesquisa experimental e de campo. Quanto aos procedimentos operacionais que servem como mediadores da ação de coleta de dados, caracteriza o trabalho por meio de: documentação, entrevistas de diferentes tipos, observação e questionários.

Este autor (SEVERINO, 2007, p. 122) conceitua:

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos.

Severino diferencia a pesquisa bibliográfica da pesquisa documental, considerando que esta última tem como fonte documentos no sentido amplo, não só os impressos, mas também fotos, filmes, gravações.

Outros autores (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007; GIL, 2007; OLIVEIRA, 2007; SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009), também discorrem sobre a frequente confusão entre a pesquisa de natureza bibliográfica, a revisão de literatura e a pesquisa documental, à medida todas têm o documento como material de trabalho.

Considera-se particularmente esclarecedora para o objetivo do presente trabalho, a afirmação de Oliveira (2007), que argumenta que a pesquisa bibliográfica é o estudo e análise de documentos de domínio científico tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos, o que é denominado de fontes terciárias. Segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) as fontes terciárias são documentos já passados por escrutínio técnico como artigos de revistas indexadas.

Elaborar uma pesquisa bibliográfica implica não só em identificar os documentos pertinentes e analisá-los tendo em vista o objetivo, mas também em avaliar a credibilidade, assim como a representatividade dos documentos selecionados.

3.1 Levantamento das Fontes e Documentos

Luna (1993) alerta para os cuidados necessários no uso de material bibliográfico que podem apresentar dados coletados ou processados de forma parcial. Sugere a realização de uma avaliação crítica das fontes, bem como do contexto, pertinência e características dos autores e suas abordagens.

Assim, optou-se por utilizar material proveniente de periódicos indexados cujos indexadores fossem considerados confiáveis na área de Psicologia. Usou-se como critério selecionar os indexadores reconhecidos pela Comissão de Área de Psicologia da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na avaliação da produção científica dos Programas de Pós-Graduação no Brasil.

Segundo Comunicado número 001/2013-Área de Psicologia, “a área elaborou um conjunto de requisitos (ISSN, avaliação por pares, regularidade das publicações etc.) e uma hierarquia de indexadores, conforme explicitado no Documento de Área, disponível na página da CAPES”²⁰. A Área reconhece em primeiro lugar a Base ISI (*International Scientific Information*), a base mais reconhecida internacionalmente no âmbito da Ciência em geral e o PsycInfo como a “condição de referência internacional para a área de Psicologia”. Sequencialmente aparecem como indexadores de peso o Scopus e o SciELO, e posteriormente os CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, REDALYC.

Tendo estes indexadores como critério de seleção do material a ser analisado, foi feita uma busca em bibliotecas e bases de dados online. Foram usadas a BVS-ULAPSI –

²⁰ <http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-avaliacao/4681-psicologia>. Acesso em 08/11/2013

*Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*²¹ da qual faz parte a BVS Psicologia ULAPSI – Brasil²² além de material de outros países latino-americanos, o SciELO²³ ou seja, a *Scientific Electronic Library Online* e a APA PsycNET a Base de dados da *American Psychological Association*²⁴, além do conteúdo do Portal CAPES (Periódicos e Teses)²⁵.

Tendo em vista o levantamento prévio realizado nestas bibliotecas e bases de dados, que identificou o crescimento da produção desta área a partir de 2004, a busca foi delimitada a partir desta data e circunscrita aos artigos, além de dissertações e teses brasileiras, dado que estas podem ainda não ter chegado à publicação no formato de artigo, mas representam conhecimento também certificado, pois avaliado por Banca de especialistas.

Em resumo foram considerados:

- Critérios de inclusão: ser artigo revisado por pares; ser publicado a partir 2004; ser indexado pelo menos no ISI, PsycInfo, Scopus, SciELO, CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, REDALYC; ser resultante de um mestrado ou doutorado defendidos no Brasil.
- Critérios de exclusão: ser texto não avaliado por pares (livros, capítulos de livros, monografias e TCCs, resumos e resenhas); não apresentar autores da área de psicologia.

3.2 Procedimento

A pesquisa teve início pela identificação dos termos de busca. Foi testado o uso dos termos catástrofes, crises, desastres e emergências, sozinhos ou combinados. Os dois primeiros não redundaram em resultados úteis para o presente trabalho. O primeiro devido a pouco retorno e o segundo por excesso de diversidade. Considerando que a literatura em língua inglesa faz uso mais frequentemente do termo “*disaster psychology*”, na literatura de língua espanhola é mais frequentemente utilizado o termo “*psicología de las emergências y desastres*” e em português encontra-se usualmente o termo “psicologia das emergências e dos desastres”, optou-se por usar os últimos dois termos (emergências e desastres) nas três

²¹ <<http://www.ulapsi.bvsalud.org/php/index.php>>. Acesso em 10/08/2013

²² <<http://www.bvs-psi.org.br/php/index.php>>. Acesso em 10/08/2013

²³ <www.scielo.org/php/index.php>. Acesso em 10/08/2013

²⁴ <<http://www.apa.org/pubs/databases/individuals/gold.aspx>>. Acesso em 10/08/2013

²⁵ <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em 10/08/2013

línguas, mesmo tendo-se identificado que a palavra emergências resultava em muitos artigos fora do interesse. Cabe notar também, que a semelhança gráfica entre o português e o espanhol levou a busca única para ambos.

Foram aplicados como termos de busca *emergências AND psicologia; desastres AND psicologia* e *desastres AND emergências AND psicologia*, em inglês e português/espanhol e realizado um levantamento exploratório com estes termos nas bibliotecas e bases de dados selecionadas para busca: BVS-ULAPSI, SciELO e na APA PsycNET, além do conteúdo do Portal da CAPES (periódicos e Teses), tendo-se obtidos resultados em todas e identificado algumas particularidades de funcionamento com implicações na definição do processo de busca.

No que se refere à BVS-ULAPSI, esta permite o uso dos termos nas três línguas, mas acessa o mesmo material. Sublinha-se que, por ser emergência um termo mais comumente associado às emergências médicas e congêneres, obriga a uma restrição dos textos por meio de um trabalho manual. Em vista disso, optou-se, nesta Biblioteca, por usar as três combinações de termos na língua portuguesa/espanhola.

No que se refere ao SciELO, por fazer parte da BVS-ULAPSI, seu uso por meio desta se torna mais simples, pois a busca já se apresenta restrita aos artigos que tratam de psicologia.

Quanto à APA PsycNET, esta permite acesso direto ao material indexado no PsycInfo, mas abre várias possibilidades de acesso: artigos (PsycARTICLES), livros (PsycBOOKS), posicionamentos da APA (PsycEXTRA) e artigos assinados (PsycCRITIQUES). Tendo em vista o critério de inclusão, a busca se restringiu ao PsycARTICLES; foram utilizadas as combinações das palavras ‘emergencies’ e ‘disasters’, bem como ‘emergências’ e ‘desastres’ em português/espanhol.

Finalmente, o Portal da CAPES permite o uso dos termos nos três idiomas, embora ocorrendo a limitação relativa à semelhança do português e espanhol. Por ser o Portal da CAPES um meio de acesso ao PsycINFO em geral, optou-se pelo não uso dos termos na língua inglesa no mesmo, dado que redundava num resultado que seria melhor apurado na busca realizada no PsycARTICLES, pois este já permite excluir livros, teses e congêneres. No que se refere às dissertações e teses só foi utilizada a língua portuguesa.

Este procedimento inicial também permitiu concluir que limitar a pesquisa aos textos produzidos na última década proporciona material suficiente para atingir o objetivo do presente trabalho.

Definidas as palavras a serem utilizadas na busca, esta foi iniciada. Procedeu-se então à eliminação dos textos repetidos e à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão com base nos resumos e a partir deles foram selecionados os textos na íntegra para serem analisados.

3.3 Análise dos Resultados

O material obtido foi inicialmente objeto de uma apresentação descritiva sendo tratado o obtido em cada instrumento de busca em separado, e posteriormente um mapeamento da produção brasileira, latino-americana (excluído Brasil), norte-americana e internacional (excluído o continente americano).

Este mapeamento privilegiou a identificação dos periódicos, indexadores, data de publicação e procedência institucional dos autores, bem como uma tematização de categorias de conteúdo.

Posteriormente a esta apresentação descritiva e numérica da produção, foram selecionados os artigos que mais especificamente permitiram responder ao objetivo, que foi organizado em torno dos pressupostos identificados e a partir deles os conceitos e as ações descritas, quando se trata de psicologia das emergências e dos desastres.

RESULTADOS

A busca de referências para esta pesquisa de natureza bibliográfica foi realizada na BVS-ULAPSI, no Portal da Capes (periódicos e teses) e no PsycInfo/ARTICLES. As duas primeiras contêm várias bases de dados e comportam grande parte das referências nacionais e latino-americanas, enquanto a terceira é considerada o maior indexador da área de psicologia no mundo.

Inicialmente apresentam-se as ações e os resultados numéricos obtidos em cada um dos instrumentos de busca, segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, a saber: ser artigo e revisado por pares; ser publicado a partir 2004; ser indexado pelo menos no ISI, PsycInfo, Scopus, SciELO, CLASE, LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PASCAL, REDALYC; ser resultante de um mestrado ou doutorado defendidos no Brasil e apresentar autores da área de psicologia.

O material obtido nas bases de dados CAPES e BVS-ULAPSI formaram o suporte do mapeamento da produção latino-americana, sendo que os resultados brasileiros foram tratados em separado. O mesmo processo foi usado com o PsycInfo/ARTICLES, apresentando-se primeiro o resultado da busca e depois o mapeamento da literatura norte-americana e mundial (excluídas as Américas).

Este mapeamento da produção, apresentado de forma descritiva e numérica, permitiu a identificação de um conjunto de artigos (brasileiros, latino-americanos, norte-americanos e de demais partes do mundo) que mais especificamente se relacionavam com o objeto desta Dissertação. O material foi então organizado e apresentado de modo a produzir um painel referente ao que consiste a área na década pesquisada.

A – Os Resultados das Bases de Dados

A1 - A BVS-ULAPSI

A escolha pela BVS-ULAPSI garantiu o acesso à produção científica de boa parte do continente latino-americano, embora tenha se considerado importante tratar a produção brasileira separadamente. Cabe lembrar que as palavras chave foram usadas em português, à

medida que a grafia dos termos tanto em português quanto em espanhol são quase idênticas, gerando o mesmo resultado.

Abaixo a Tabela 1 apresenta o número de artigos levantados na busca com as palavras-chave, devidamente crivados pelos critérios de inclusão-exclusão definidos para esta Dissertação.

Tabela 1 - Resultado geral da busca na BVS-ULAPSI

Termo de busca	Resultado inicial da busca (N)	Artigos após critério de inclusão (N)	Sem duplicidade (N)	Selecionados para análise (N)
<i>Desastres and Psicologia</i>	117	52	36	22
<i>Emergências and Psicologia</i>	98	54	38	6
<i>Emergências and desastres and Psicologia</i>	8	2	2	2
Total	223	108	76	30

Ao iniciar a pesquisa com os termos *Desastres and Psicologia*, o número inicial de trabalhos que a ferramenta de busca apresentou foi de 117 artigos científicos. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, muitos trabalhos não permaneceram para a análise. Produções anteriores ao ano de 2004, livros, anais de congressos, eventos temáticos, vídeos, são exemplos de condições que de início levaram à exclusão.

Como indica a tabela acima, resultaram, inicialmente, 52 produções condizentes com os critérios de inclusão e objetivos do presente trabalho, sendo que 16 delas duplicavam-se nas diferentes bases, bibliotecas e indexadores que são acessados por meio da BVS-ULAPSI. Desta forma, o número de produções associadas aos termos *Desastres and Psicologia*, sem repetições e criteriados, foi de 36 artigos.

Após esta ação inicial, os 36 trabalhos tiveram seus resumos lidos e devidamente relacionados ao objetivo da Dissertação. Esta segunda avaliação levou ao número de 22 artigos selecionados. Foram excluídas produções cujos temas eram distintos do objetivo desta Dissertação, como: estresse laboral, relações hospitalares, resiliência em condições de vulnerabilidade social em geral, reações a traumas físicos, diagnósticos médicos complexos etc.

Repetindo os passos acima para o levantamento da produção científica relacionada aos termos *Emergências and Psicologia*, obteve-se números iniciais de 98 resultados para a busca. Destes, 54 artigos eram condizentes com os critérios de inclusão definidos.

O número de textos que se repetiram (entre as bibliotecas e indexadores) foi de 16, resultando em 38 produtos para leitura e avaliação de pertinência. Após a leitura de cada um dos resumos, apenas 6 artigos foram selecionados para posterior análise.

Vale destacar que ao utilizar o termo ‘emergências’ em qualquer associação, as bibliotecas, indexadores e bases de dados selecionam em sua grande maioria produções de áreas médicas e de pronto-atendimento hospitalar. Entre os temas mais comuns dos artigos excluídos com a utilização dos termos *Emergências and Psicologia*, ressaltam-se as emergências médicas (crises repentinas de saúde), as emergências psiquiátricas, as emergências hospitalares, condições de trabalho de socorristas em geral, estresse em equipe de trabalho hospitalar etc.

Ao associar os termos *Emergências and Desastres and Psicologia*, 8 resultados apareceram para a busca inicial. Apenas 2 artigos permaneceram com o uso dos critérios de inclusão estabelecidos, sendo ambos condizentes para seguirem no escopo de futura análise.

Consolidando o número de artigos científicos resultante da busca na BVS-ULAPSI, com a utilização dos 3 agrupamentos de termos de busca escolhidos, condizentes com os critérios de inclusão desta Dissertação e lidos na totalidade os resumos, foram reservadas 30 publicações para leitura aprofundada e decorrente análise.

A2 – O Portal da CAPES-Periódicos

O Portal da CAPES permite acesso a um grande número de bases de dados e periódicos, bem como as Dissertações e Teses defendidas no Brasil. Apresenta-se a seguir, o resultado da busca de artigos científicos e posteriormente os mestrados e doutorados.

Tabela 2 - Resultado geral da busca no Portal CAPES - periódicos.

Termos de busca	Resultado inicial da busca (N)	Artigos após critério de inclusão (N)	Selecionados para análise (N)
<i>Desastres and Psicologia</i>	131	76	9
<i>Emergências and Psicologia</i>	111	72	4
<i>Emergências and desastres and Psicologia</i>	38	17	6
Total	280	165	19

Utilizando os termos de busca *Desastres and Psicologia*, obtiveram-se 131 resultados possíveis no Portal CAPES-periódicos que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos para esta Dissertação, reduziram-se a 76 artigos compatíveis (Ver Tabela 2).

Após leitura dos resumos, apenas 9 artigos pareceram relevantes e condizentes com o tema e discussão propostos nesta pesquisa. Foram excluídos artigos que tratavam de: relatos em psicologia clínica em geral, enfrentamento de pobreza e vulnerabilidade social, desenvolvimento econômico, relações de poder, enfrentamento de violências, assédio moral etc.

Utilizando *Emergências and Psicologia* obtiveram-se 111 resultados possíveis que, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram em 72 artigos. Vale aqui ressaltar, novamente, que o uso do termo *Emergências* fez com que aparecesse quase que exclusivamente literatura da área médica. Apenas 4 artigos diziam respeito ao tema desta Dissertação, sendo os demais vinculados a questões como: UTI, uso de drogas, ocorrência de suicídios, estresse laboral, acidentes diversos, violência sexual, violência física, violência contra o idoso etc.

Para a pesquisa com as palavras *Emergências and Desastres and Psicologia*, obtiveram-se 38 textos que, após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, reduziram-se a 17 para verificação de conteúdo. Após leitura dos resumos, 6 artigos permaneceram para futura análise. Trabalhos que tratavam de proteção à infância, assentamento de refugiados, violências etc. foram excluídos.

Consolidando o número de artigos resultantes da busca no Portal CAPES-periódicos, com a utilização dos três agrupamentos de termos de busca escolhidos, condizentes com os critérios de inclusão desta Dissertação e lidos os resumos, foram reservadas 19 publicações para leitura aprofundada e decorrente análise.

A3 - O Portal da CAPES – Teses e Dissertações

As Dissertações e Teses foram pesquisadas no Portal da CAPES que conduziu ao endereço do Domínio Público²⁶. Além disso, estas informações foram conferidas e complementadas por meio do site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações²⁷.

²⁶ <<http://www.dominiopublico.gov.br>>. Acesso em 15/12/2013

²⁷ <<http://busca.ibict.br>>. Acesso em 15/12/2013

Foram usados os mesmos termos de busca nas três combinações propostas e identificaram-se respectivamente 6 Dissertações e 4 Teses com o uso dos termos *Desastres and Psicologia*; 137 mestrados e 69 doutorados com o cruzamento *Emergências and Psicologia*; e finalmente, encontrou-se 1 Dissertação e nenhuma Tese, com os termos *Emergências and Desastres and Psicologia*. Foram excluídas as duplicidades e os trabalhos que não se referiam ao objeto do presente trabalho.

Cabe mencionar, também neste caso, que o uso do termo *Emergências* mostrou-se pouco eficiente, pois das 137 Dissertações acessadas apenas uma se referia ao objeto do presente trabalho, nada redundando nas Teses. No caso, o termo não só conduziu às emergências hospitalares como quando do seu uso na BVS-ULAPSI, mas também a conteúdos como: Os efeitos do ensino de tato na emergência do mando em crianças com autismo; A emergência da leitura e escrita recombinativas; A dinâmica do prazer e sofrimento psíquico nos trabalhadores de enfermagem; Figuras da representação na emergência da I tópica freudiana etc.

Foram excluídos, por conteúdo, unicamente os trabalhos que, a despeito da restrição dos termos de busca, isto é o cruzamento com o termo psicologia, bem como a restrição à área de Psicologia, não tratavam de temas condizentes com o objeto de estudo, como por exemplo: Desenvolvimento de modelo de gestão de trânsito em situações de contingência de inundações; Localizações de recursos em redes de emergências tolerantes a atrasos e desconexões; Representações sociais da comunidade científica brasileira sobre tecnologia social.

Após este procedimento, separaram-se para análise sete textos: duas Teses e cinco Dissertações.

A4 - Compatibilização dos resultados BVS ULAPSI - Portal CAPES

À medida que os resultados obtidos na busca português/espanhol na BVS-ULAPSI e no Portal da CAPES-periódicos poderiam apresentar novo conjunto de duplicações de artigos, foi listado o produto final das duas buscas e excluídas sobreposições, manualmente. De um conjunto inicial de 49 artigos, obtiveram-se 12 duplicações entre os instrumentos de busca, ou mesmo decorrentes de erro na indexação do nome de autores, pelo Portal da CAPES.

Os 37 artigos restantes foram apreciados na sua totalidade gerando a eliminação de textos em que, apenas por meio da leitura exclusiva do resumo não era possível identificar a

compatibilidade ainda com alguns dos critérios de inclusão (por exemplo: o Portal da CAPES não permite identificar editoriais, nem a origem institucional do autor) ou temas de outra área de conhecimento (urbanismo, ciências médicas). Após este procedimento obtiveram-se 32 artigos em língua portuguesa e espanhola que serão tratados a seguir.

A5 - A literatura brasileira

Após a finalização da busca nas bases de dados BVS-ULAPSI e Portal da CAPES-periódicos, os mesmos foram lidos na íntegra. Dos 32 artigos brasileiros e latino-americanos selecionados, trabalhou-se inicialmente com a produção brasileira que se refere a 13 artigos, 5 Dissertações e 2 Teses.

O Quadro 1 apresenta os artigos selecionados na literatura brasileira, indicando o periódico, seu indexador, ano de publicação e pertinência institucional do autor.

Como muitos dos periódicos nos quais os artigos se alocavam eram indexados em várias bases de dados, optou-se por indicar no Quadro, aquele(s) que redundaria(m) em melhor posicionamento, caso fossem avaliados segundo os critérios da Comissão de Área da CAPES²⁸, ou seja, teriam avaliação A ou B.

É possível perceber que quase a totalidade destes artigos é proveniente de periódicos de destaque, de autoria de docentes de universidade, de estudantes de pós-graduação ou são decorrentes de Dissertações e Teses defendidas anteriormente, o que significa sua validade para a área.

²⁸ <http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-avaliacao/4681-psicologia>. Acesso em 08/11/2013.

Quadro 1 – Os artigos selecionados na literatura brasileira.

Periódico	País de origem do periódico	Indexadores	Ano da Publicação	Pertinência do(s) autor(es)
Alethéia	Brasil	Latindex LILACS Redalyc	2008	UFMS
Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	SciELO Scopus	2012	FIOCRUZ
Estudos de Psicologia (Natal)	Brasil	PsycINFO LILACS	2005	PUC-SP
Jornal Brasileiro de Psiquiatria.	Brasil	SciELO PsychoINFO	2011	UFF UFRJ
Paidéia (Ribeirão Preto)	Brasil	SciELO PsycINFO	2008	UFRGS
Psicologia, Ciência e Profissão	Brasil	PsycINFO SciELO	2008	URB
Psicologia em Estudo (Maringá)	Brasil	PsycINFO LILACS	2012	UFSC Univali
Psicólogo In-formação	Brasil	SciELO	2011	FMU
Psicologia & Sociedade	Brasil	PsycINFO SciELO	2012	Facid
Revista Brasileira de Psiquiatria	Brasil	ISI; PsycINFO; Lilacs	2012	UERJ, UFRJ FIOCRUZ
Revista Brasileira de Terapia Cognitiva	Brasil	Index Psi Periódicos; CLASE	2008	PUC-RS
Revista Interamericana de Psicologia	Internacional	Redalyc Scopus	2004	UCDB University Manitoba.
Saúde e Sociedade	Brasil	SciELO; Lilacs	2011	Mestranda USP

A partir da leitura dos artigos foi realizada uma tematização do conteúdo, de modo a mostrar-se um panorama de como se concentra ou dispersa a produção brasileira. Foi possível caracterizar a metodologia utilizada, o tema central de trabalho e os tipos de eventos abordados.

A Tabela 3 apresenta o tipo de estudo e/ou a metodologia utilizada e sua frequência. Observa-se que ainda preponderam as revisões de literatura ou os relatos de experiência.

Tabela 3 - Número de artigos brasileiros segundo a metodologia utilizada

Tipo de estudo ou metodologia	Número de artigos
Revisão de literatura	4
Discussão teórica	3
Estudos quantitativos	2
Estudos de caso	1
Relatos de experiência	3

A Tabela 4 apresenta o número de artigos segundo tematização de conteúdo, observando-se que mais de um tema central foi identificado em alguns estudos e foram excluídas as discussões ou revisões bibliográficas genéricas sobre desastres em geral.

Tabela 4 - Número de artigos da produção brasileira segundo tema de conteúdo.

Temas de estudo	Número de artigos
Intervenção psicológica	4
Estresse pós-traumático	3
Perdas psicológicas, luto, luto traumático	2
Enfrentamento	1

A Tabela 5 apresenta o número de eventos geradores do desastre ou emergência estudado nos artigos selecionados.

Tabela 5 – Frequência de eventos mencionados ou tratados

Evento	Número de artigos
Seca	2
Enchentes	3
Desastre aéreo	1
Eventos internacionais: Congo e Haiti	1

Em termos gerais, o que se pode perceber é que se trata de uma produção de boa qualidade, mas a produtividade é baixa, considerando-se o tamanho do país, o número de universidades e programas de pós-graduação e o número de eventos catastróficos que podem motivar ou desencadear intervenções. A média é de menos de um artigo e meio ao ano, embora se identifique um aumento crescente nos últimos 5 anos. Além disso, não há concentração em algum periódico em particular, ao contrário, cada um dos 13 artigos se

encontra em um diferente periódico, o que pode indicar a não consolidação da área no país e/ou poucos psicólogos tratando do tema.

No que se refere às Dissertações e Teses selecionadas, também se observa um número pequeno de produções. O Quadro 2, na próxima página, apresenta um conjunto de informações mínimas que as caracterizam.

Pode-se perceber que a produção de Teses e Dissertações está concentrada em Programas de Pós Graduação de São Paulo e Rio Grande do Sul. Tanto os mestrados quanto ou doutorados em sua maioria, abordam desdobramentos e perspectivas após ações desestruturantes como seca, enchentes. Há também uma preocupação com a formação e cuidado dos psicólogos e socorristas. Preponderantemente aparecem estudos qualitativos que abordam impacto individual e coletivo de eventos disruptivos.

Quadro 2 - Informações sobre as Dissertações e Teses selecionadas

Tipo	Ano de defesa	Universidade e Programa	Autor	Título	Método Procedimento Participantes	Temática
D	2007	PUC-RS Psicologia	Ney Roberto Váttimo Bruck	A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma	Estudo quali Entrevista e relatos grupais Socorristas – SAMU	Atendimento de emergência e impacto social na perspectiva de profissionais do SAMU
M	2007	UFRGS Psicologia	Fernanda Menna Barreto Krum	O impacto e as estratégias de <i>coping</i> de indivíduos em comunidades afetadas por desastres	Estudo quali Um grupo focal Vítimas de um tornado	Estratégias de enfrentamento individuais e coletivas
M	2010	PUC-SP Psicologia Clínica	Viviane Cristina Torlai	A vivência do luto em situações de desastres naturais	Estudo quali Entrevistas semi-dirigidas Adultos inundação	Vivência do luto e rompimento de mundo presumido
M	2010	PUC-SP Psicologia Clínica	Adriana Silveira Cogo	O psicólogo com atuação em emergências: experiência e significado	Estudo quali Estudo de caso Psicólogo atuante em desastres	Formação profissional para atuação na área
D	2012	UFRGS Psicologia	Eveline Favero	O impacto psicossocial das secas em agricultores familiares do Rio Grande do Sul:	Estudo quali- quanti Entrevistas, questionário e escalas Adultos - zona seca	Impacto da seca na família, enfrentamento e bem-estar
M	2012	UERJ Psicologia	Emanuel Brick Ribeiro	Há vida em meio aos escombros: a psicologia no Morro do Bumba	Estudo quali Múltiplos documentos de mídia	Refletir sobre participação dos psicólogos diante de calamidades
M	2013	PUC-SP Psicologia Social	Mário Henrique da Mata Martins	O uso de tecnologias de comunicação de riscos para prevenir desastres	Estudos de caso Especialistas telecomunicação e radioamadores	Diferentes perspectivas acerca dos meios de comunicação de alertas de desastres

A6 - A literatura latino-americana (com exclusão do Brasil)

Conforme foi mencionado anteriormente, após a identificação nas bases de dados BVS-ULAPSI e Portal da CAPES-periódicos, 19 artigos foram selecionados como representativos da literatura em língua espanhola produzidos em países dos continentes latino-americanos. Os artigos foram lidos na íntegra e selecionados aqueles que tinham relação com o problema sob investigação, novamente no sentido inicial de um mapeamento da produção científica sobre emergências e desastres em psicologia.

O Quadro 3 apresenta o material selecionado, indicando o periódico, seu principal indexador, ano de publicação e pertinência do autor, conforme já foi feito para os artigos brasileiros. Novamente pode-se observar que as publicações são, em sua grande maioria, provenientes de periódicos que caso fossem avaliados segundo os critérios da Comissão de área da CAPES teriam avaliação A ou B. Como muitos destes periódicos eram indexados em várias bases optou-se, novamente, por indicar aquele(s) que redundaria(m) em melhor avaliação.

É importante notar a presença de vários artigos relativos ao terremoto de 2010 no Chile, publicados na revista chilena *Terapia Psicológica*. Também é possível perceber que quase a totalidade dos trabalhos é de autoria de docentes de universidade ou de instituições de saúde.

Observa-se que os artigos se concentram em periódicos provenientes de países da América do Sul, sendo apenas um de Cuba, e um de várias procedências; a maioria de autores são pesquisadores chilenos.

Quadro 3 – Os artigos selecionados na literatura latino-americana

Periódico	País de origem	Indexadores	Ano da Publicação	Pertinência do(s) autor(es)
Anales de la Universidad Metropolitana	Venezuela	Latindex, Lilacs	2006	Universidad Metropolitana (Caracas)
Interdisciplinaria	Argentina	PsycINFO; SciELO;	2004	s/instituição
Revista Chilena de Psicoanálisis	Chile	Latindex; PsycINFO	2010	Sociedad Chilena de Psicoanálisis
Revista Cubana de Medicina General Integral	Cuba	SCOPUS, SciELO;	2009	Centro Comunitario de Salud Mental del Municipio Playa. Facultad Ana Betancourt
Revista Pan-americana de Salud Pública = Pan am. j. public health	Internacional	LILACS; PsycInfo	2008	Brown University, Ministry of Health, Israel OPAS Honduras OMS Ecuador Universidad Nacional Autónoma de Tegucigalpa.
Revista de Psicología	Peru	PsycINFO; Redalib	2005	Universidade Católica do Peru
Revista de Salud Pública	Colômbia	SciELO; LILACS;	2005 2011	Universidad del Rosario, Hospital Nazareth. Bogotá Universidad de Talca
Revista Vanguardia Psicológica	Colômbia	DOAJ; CIT; IMBIOMED	2013	Universidad Incca de Colombia
Terapia Psicológica	Chile	ISI; PsycINFO; SciELO;	Jul 2010 (1) DEZ 2010 (9)	Universidad de las Américas e Universidad Pedro de Valdivia, Universidad de Concepción Universidad del País Vasco Universidad de Talca Universidad de Santiago de Chile, Universidad Autónoma de Barcelona Universidad Santo Tomás

Também foi realizada a leitura dos artigos e a tematização do conteúdo de modo a mostrar-se um panorama de como se concentra ou dispersa a produção. Foi possível caracterizar a metodologia utilizada, o tema central de trabalho e os tipos de eventos abordados.

A Tabela 6 apresenta o tipo de estudo e/ou a metodologia utilizada e sua frequência. Observa-se a diversidade de métodos (quali, quanti e quali-quanti) e muitas das pesquisas se referem a avaliação de intervenções.

Tabela 6 - Número de artigos latino-americanos segundo a metodologia utilizada

Tipo de estudo/metodologia	Número de artigos selecionados
Revisão de literatura	3
Discussão teórica	3
Estudos descritivos/relato de experiência	4
Pesquisa quanti	6
Pesquisa quali	1
Pesquisa quali-quanti	2

A Tabela 7 apresenta o número de artigos segundo tematização de conteúdo, observando-se que mais de um tema central foi identificado em alguns estudos e foram excluídas as discussões ou revisões bibliográficas genéricas sobre desastres em geral.

Tabela 7 - Número de artigos da produção latino-americana, segundo tema de conteúdo.

Temas de estudo	Número de artigos
Intervenção psicológica	9
Estresse pós-traumático	5
Pânico	1
Fatores de risco e proteção	2
Diferenças de gênero no enfrentamento	1
Diferenças idade na percepção de risco	2

A Tabela 8 traz os eventos tratados nos artigos observando-se uma diversidade de eventos mobilizadores, mas uma concentração de produção no Chile.

Em termos gerais, cabe mencionar que, como muitas das publicações (10 das 19) estão no periódico *Terapia Psicológica*, uma revista de psicologia clínica, vários exemplos desta abordagem são mencionados e a maior concentração diz respeito a intervenções

(descritas e/ou avaliadas). Pode-se perceber dos 19 artigos cadastrados, que apenas um não foi diretamente motivado por um ou mais desastres ambientais de grande monta (16) ou por conflitos armados (2).

Tabela 8 - Evento mencionado/trabalhado e sua frequência

Evento	Número de artigos selecionados
Terremoto Chile (2010)	11
Terremoto Perú (2001)	1
Furacão Mitch (Honduras)	1
Furacão Wilma (Cuba)	1
Enchentes na Colômbia	2
Conflito armado (Colômbia e Guerra das Malvinas)	2

Trata-se de produção de boa qualidade, respondendo a eventos ambientais que produziram grande impacto em seus países, com grande presença de referência a intervenções que são descritas e avaliadas, indicando uma preocupação mais focada em uma psicologia clínica voltada para intervenções sociais.

A7 - O PsycINFO

O PsycINFO é a ferramenta de acesso à biblioteca da APA (*American Psychology Association*). No universo desta pesquisa foi o melhor instrumento de busca por artigos científicos, dadas as opções de filtros para busca e a qualidade de organização dos resultados. Foi usado apenas o conteúdo do PsycARTICLES, que permitiu acesso a textos completos e apenas a artigos em revista, como era previsto.

A mesma metodologia e procedimento foram adotados para levantar a produção científica acerca do problema de pesquisa desta Dissertação. Deve-se observar que o uso dos três termos de busca em português/espanhol redundaram em um número muito pequeno de indicações. Os 5 artigos com o uso do termo ‘desastres’, 6 com ‘emergências’ e 4 para ‘desastres and emergências’, ou foram excluídos quando da aplicação dos critérios de inclusão, ou repetiam artigos identificados como brasileiros (3) ou latino-americanos (4) já coletados por meio da BVS-ULAPSI e CAPES-periódicos. Apenas três artigos, de autoria de docentes de universidades da Espanha não haviam sido acessados por meio das outras bases de dados e estes foram considerados como europeus e tratados na sessão específica.

Abaixo a Tabela 9 apresenta os resultados da busca realizada com os termos em língua inglesa. Com as palavras *Disasters and Psychology*, o número inicial de trabalhos obtidos foi de 119, o qual se reduziu a 94, após aplicados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para esta Dissertação. Dado que a ferramenta de busca já permite excluir trabalhos anteriores a 2004 e se limitar a publicação em revistas, o número de exclusões foi muito inferior ao que ocorrera anteriormente com os outros instrumentos de busca. Foram excluídas as publicações em revistas, mas relativas a editoriais, artigos com ensaios fotográficos de enchentes e resenhas de livros que, embora publicadas em periódicos, não faziam parte do que havia sido delimitado nos critérios. Após a leitura dos resumos, foram excluídos outros 10 artigos relativos a: riscos de doenças físicas, alocação e gerenciamento de recursos econômicos. Resultaram 84 artigos para uma análise mais aprofundada.

Tabela 9 - Resultados da busca com o uso do PsycARTICLES

Termos de Busca	Resultado inicial da busca (N)	Artigos após critério de inclusão (N)	Selecionados para análise (N)
<i>Disasters and Psychology</i>	119	94	84
<i>Emergencies and Psychology</i>	11	7	2
<i>Emergencies and Disasters and Psychology</i>	104	102	40
Totais	234	201	124

Repetindo os passos acima para o levantamento da produção relacionada aos termos *Emergencies and Psychology*, obteve-se um número pequeno (11) e bem menor do que ocorrera anteriormente com a BVS-ULAPSI e Portal da CAPES-periódicos. Mesmo neste universo de 11 artigos, três foram excluídos em decorrência da aplicação dos critérios de inclusão, por se tratarem de editoriais. Após a leitura dos resumos, todos os oito artigos foram excluídos, à medida que dois já haviam sido selecionados quando do uso do termo “*disasters*” e os demais porque se referiram a questões não vinculadas ao objetivo do presente trabalho: suicídio e prevenção de suicídio de socorristas, estresse associado à prontidão de emergencistas, comportamento de lideranças do exército etc. (Ver Tabela 9)

Ao associar as palavras chave *Emergencies and Disasters and Psychology* obteve-se 104 indicações iniciais. Novamente, por aplicação dos critérios de inclusão foram excluídos

dois editoriais e após a leitura dos resumos 62 artigos foram excluídos em decorrência de conteúdo. Os artigos excluídos versavam sobre: comportamento de massa em evacuações em humanos e formigas; centros médicos, crises de saúde em grandes centros urbanos, políticas de saúde pública, recursos, estrutura e poder de reação em centros de emergência, intoxicação alimentar em situações de emergência, capacitação de equipes hospitalares, corpo consular e apoio além-fronteiras; coordenação multi-agências; alocação de recursos, percepção religiosa do adoecimento físico, cuidado com animais etc. A Tabela 9 na página anterior, indica o resultado numérico das operações de busca.

Dado que o indexador trabalha com periódicos de todo o mundo, a produção foi identificada, numericamente, segundo o país de origem da instituição de seus autores, cujo resultado aparece na Tabela 10 abaixo. Optou-se por incluir nesta tabela todos os artigos consolidados segundo os critérios de inclusão e exclusão. Além dos 201 indicados na Tabela 9, também foram computados os demais produtos da busca com os termos em português/espanhol, mencionados anteriormente.

Como se observa, a maciça maioria dos artigos indexados no PsycINFO/ARTICLES são provenientes de autores norte-americanos. Deve-se considerar que o indexador é norte-americano, da Sociedade Norte-Americana de Psicologia, o que favorece seus periódicos serem nele indexados.

Há a indicação de 53 artigos internacionais, inclusive brasileiros e latino-americanos já tratados, que não podem ser considerados como expressando condignamente o que se produz no mundo. Trata-se de uma amostragem. Mas contemplam, minimamente, a preocupação mundial e a mobilização de psicólogos em todo o mundo no sentido de se posicionarem sobre o impacto dos desastres naturais ou provocados e a demanda de atuação em saúde mental.

Tabela 10 – Número de artigos segundo a nacionalidade da instituição de seus autores.

País de origem do autor(es)	Número de artigos selecionados
Alemanha	2
Argentina	2
Austrália	3
Brasil	3
Canadá	1
Chile	3
China	3
Congo	1
Eslovênia	1
Espanha	3
Europeus de vários países	3
Haiti	1 (em colaboração com USA)
Hong Kong	1
Irã	4
Islândia	1
Israel	1
Itália	1
Japão	3
Koréia	2 (1 em colaboração com USA)
Nepal	1
Noruega	3
Polônia	1
Suécia	1
Suíça	2
Rússia	1
Tailândia	2 (1 em colaboração com USA)
Turquia	2
USA	158
Vietnã	1 (em colaboração com USA)

Após a leitura cuidadosa de todos os resumos dos trabalhos que correspondiam aos critérios de inclusão e exclusão definidos, foram eliminadas as poucas duplicações e selecionados 124 artigos para análise, dos quais 96 referiam-se a produção norte-americana e 28 ao que se optou por denominar internacional (excluindo as Américas). Assim, é a partir deste universo que se seguirá o mapeamento, conforme foi anteriormente realizado com a produção brasileira e latino-americana.

A 8 - A produção norte-americana

Dado que a produção norte-americana foi obtida pelo uso de uma ferramenta de busca cujo indexador é muito valorizado na área de Psicologia mundial, optou-se por iniciar o

mapeamento da mesma apenas indicando a presença de periódicos nos quais há grande número de artigos publicados ou são específicos para o assunto.

Os 96 artigos selecionados são produto de pesquisadores de universidades, parte em colaboração com outros psicólogos do mundo (o que pode ser observado na Tabela 10 anteriormente apresentada). Observou-se que 66,66% desta produção concentra-se em dez periódicos, que aparecem na Tabela 11, na qual não são indicados os periódicos com apenas uma ocorrência de artigo. Ressalta-se o fato de que 53,1% se concentram em cinco periódicos, e 27% em um único. Deve-se comentar que todas as revistas abaixo mencionadas fazem parte do ISI e a “*Professional Psychology: Research and Practice*”, em particular, tem um volume especial de 2010, inteiramente dedicado às implicações para a prática psicológica das decorrências dos atendimentos aos sobreviventes do Furacão Katrina.

Tabela 11 - Os principais periódicos em que há produção norte-americana e sua frequência.

Periódico	Número de artigos selecionados
<i>Professional Psychology: Research and Praticce</i>	26
<i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>	7
<i>Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy</i>	6
<i>American Psychologist</i>	6
<i>Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict</i>	6
<i>Training and Education in Professional Psychology</i>	4
<i>Psychological Services</i>	3
<i>Rehabilitation Psychology</i>	2
<i>Journal of Family Psychology</i>	2
<i>The Psychology – Manager Journal</i>	2

Os artigos foram tematizados para uma caracterização de tipo de estudo/metodologia, tema e evento deflagrador, conforme foi feito anteriormente, acrescentando-se a população a que se destina.

A Tabela 12 apresenta a metodologia utilizada e sua frequência. São muito frequentes os estudos quantitativos, mas também os estudos críticos, ou seja, análises aprofundadas de implicações complexas de atendimentos múltiplos, ou tendo como produto recomendações articuladas de ações e atendimento. Além disso, observa-se a preocupação sistemática com o acompanhamento de efeitos da vivência de desastres ao longo do tempo, ou de efeitos de intervenções a curto e longo prazo.

Tabela 12 - Metodologia utilizada nos estudos norte-americanos e sua frequência

Método	Número de artigos
Revisão da Literatura	6
Estudos críticos	18
Pesquisas quantitativas	19
Pesquisas qualitativas	9
Pesquisas quali-quantitativas	6
Estudos longitudinais e <i>follow up</i>	13
Relatos de intervenção	12
Relatos de experiência	10

Na Tabela 13 observa-se a frequência de tipo de participantes das pesquisas ou intervenções relatadas nos artigos. Identifica-se grande nível de especificidade, não só no que se refere a faixas etárias, mas também a grupos específicos e um número significativo de trabalhos voltados para o impacto de atendimento sobre o psicólogo.

Tabela 13 - Tipos de participantes nas pesquisas ou intervenções relatadas e sua frequência.

Tipo de população	Numero de artigos selecionados
Crianças	14
Adolescentes	13
Adultos	22
Idosos	2
Pais e famílias	7
Profissionais que atenderam (psicólogos, voluntários, religiosos)	15
Grupos específicos (mães, moradores de rua, veteranos, portadores de necessidades especiais)	8

Os principais temas de pesquisa e intervenção identificados apresentam-se na Tabela 14. Há a preocupação com a promoção de saúde e resiliência (identificação de fatores de risco, vulnerabilidade e proteção), a intervenção em múltiplos contextos (escola, família, comunidades, igrejas) além de mais voltada à promoção de saúde e cuidado com o profissional e sua formação.

Tabela 14 - Principais temas identificados nos artigos norte-americanos.

Principais temas	Número de artigos
Estresse pós-traumático	11
Identificação de grupos vulneráveis	7
Depressão e ansiedade	3
Pânico em multidões	2
Prevalência de sintomas	5
Perdas e luto	2
Identificação de fatores de risco, proteção, vulnerabilidade e resiliência	19
Enfrentamento	7
Avaliação de instrumento	2
Formação e cuidado com profissional psicólogo	15
Técnicas ou programas de intervenção (escola, família, comunidades)	19
Avaliação de políticas públicas	4

Talvez pelo período de tempo escolhido para seleção de artigos, ou em decorrência do impacto social do evento, o Furacão Katrina aparece como o maior de mobilizador de produção nesta última década, para os norte-americanos. No entanto, também se destacam as parcerias relativas a ações em grandes eventos internacionais, e ainda 11 publicações sobre terrorismo (terrorismo em geral, 11 setembro e Oklahoma). A Tabela 15 apresenta os eventos identificados e a frequência de artigos relativos a eles.

Tabela 15 – Principais eventos referidos/mobilizadores na literatura norte-americana

Tipo de evento	Número de artigos
Furacão Katrina	37
Terremoto Northridge	1
Furacões e tornados em geral	4
Furacão Rita	4
Enchente de Nashville	1
Terremoto Haiti	2
Enchente na Polônia	1
Tsunami Ásia 2004	5
Terrorismo em geral	4
Atentado a bomba Oklahoma	2
11 de setembro	4
Terremoto no Paquistão	1
Terremoto Sichuan	1
Terremoto Ban – Irã	2
Terremoto em Huancavelica – Perú	1

Em síntese, pode-se considerar que a literatura norte-americana traz uma produção de alta qualidade no que se refere ao nível dos periódicos nos quais são divulgadas e com número expressivo de artigos, se comparada à América Latina como um todo. Embora deva se observar que a grande maioria desta produção é financiada por fundações, fundos de pesquisa, universidades e, em um número relativamente muito pequeno, por órgãos governamentais.

Há um número expressivo de artigos acerca da identificação de vulnerabilidades e grupos específicos ou variáveis protetoras, mas ponderadas por reflexões complexas sobre particularidades *versus* generalidades. É notória a preocupação com o acompanhamento e avaliação dos efeitos de curto e longo prazo, tanto dos desastres sobre a saúde mental dos envolvidos, quanto de consequências de intervenção.

A 9 - A produção internacional

Optou-se por denominar como internacional toda a produção identificada (por meio do PsycINFO/ARTICLES) que não fosse proveniente do Continente Americano (Américas do Sul, Central e do Norte).

Os 29 artigos selecionados são, novamente, de autores pertencentes a universidades, institutos de pesquisa e em colaboração com outros psicólogos do mundo. Observa-se que destas 29 publicações, 11 estão concentradas em quatro periódicos e as demais 18, em 18 diferentes revistas, conforme pode ser observado na Tabela 16.

Tabela 16 - Os principais periódicos em que há produção bibliográfica internacional

Periódico	Número de artigos selecionados
<i>European Psychologist</i>	4
<i>International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation</i>	3
<i>Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy</i>	2
<i>Nursing & Health Sciences</i>	2

Cabe mencionar que todas estas revistas são indexadas no ISI e fazem parte do PsycInfo, o que faria com que fossem avaliadas com o maior valor pela Comissão de Área da

CAPES²⁹. O *European Psychologist* é um periódico que “serve como voz da psicologia na Europa”. Além disso, o periódico *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation* é uma revista nova, criada em 2012 pela Divisão 52 da APA, com o objetivo de “publicar estratégias de intervenção que usem a ciência psicológica para aprimorar a vida das pessoas ao redor do mundo”. Quanto aos artigos na *Nursing & Health Sciences*, são de autoria de psicólogos e tratam de temas psi condizentes com o interesse do periódico de tratar do tema específico da enfermagem em desastres.

Os artigos foram tematizados quanto aos tipos de estudo/metodologia, população a que se destina, tema e eventos deflagrador, como foi feito anteriormente.

A Tabela 17 apresenta a metodologia utilizada. Em decorrência ou não das exigências do indexador e qualificação dos periódicos, observa-se um número grande de pesquisas, mas com equilíbrio entre o uso de métodos quali e quanti. Os estudos críticos, relativos a análises aprofundadas de diferentes ações, ou tendo como produto recomendações articuladas de ações e atendimento, também são muito frequentes, além da preocupação com o acompanhamento de efeitos da vivência de desastres ao longo do tempo, ou de efeitos de intervenções a curto e longo prazo.

Tabela 17 - Metodologia utilizada nos estudos internacionais e sua frequência.

Método	Número de artigos selecionados
Revisão da Literatura	3
Estudos críticos	4
Pesquisas quantitativas	6
Pesquisas qualitativas	6
Pesquisas quali-quanti	2
Estudos longitudinais e <i>follow up</i>	7
Relatos de experiência	1

A Tabela 18 apresenta os resultados de frequência do tipo de participantes das pesquisas ou intervenções apresentadas nos artigos. Observa-se que, embora a maior parte dos trabalhos seja realizada com adultos, há estudos com todas as faixas etárias e com grupos específicos, bem como trabalhos que analisam o impacto de atendimento sobre os psicólogos.

²⁹ <<http://www.capes.gov.br/component/content/article/44-avaliacao/4681-psicologia>>. Acesso em 08/11/2013.

Tabela 18 - Tipo de população a que se referem as pesquisas e intervenções e sua frequência.

Tipo de participantes	Número
Crianças	3
Adolescentes	3
Adultos	11
Idosos	2
Pais e famílias	1
Profissionais que atenderam (psicólogos, voluntários, religiosos)	4
Grupos específicos (mães, moradores de rua, veteranos, portadores de necessidades especiais)	2

A Tabela 19 apresenta os principais temas identificados como objetivo das pesquisas ou intervenção apresentadas nos artigos analisados. O número maior diz respeito à promoção de saúde e resiliência (identificação de fatores de risco, vulnerabilidade e proteção), seguido de perto pelas pesquisas sobre estresse pós-traumático e a preocupação com a formação do profissional psicólogo e os cuidados com sua saúde.

Tabela 19 - Principais temas identificados na literatura internacional e sua frequência.

Principais temas	Número
estresse pós-traumático	5
Identificação de grupos vulneráveis	2
Depressão e ansiedade	1
Pânico de multidões	1
Perdas e luto	1
Identificação de fatores de risco, proteção, vulnerabilidade e Resiliência	6
Enfrentamento	3
Avaliação de instrumento	2
Formação e cuidado com profissional psi	5
Técnica ou Programas de intervenção	2
Avaliação de Políticas públicas	1

Embora metade das publicações selecionadas não se refira a um evento específico, como pode ser observado na Tabela 20, as demais abordam eventos pontuais ao redor do mundo, com destaque para o Tsunami no sudeste asiático em 2004, o qual teve entre suas vítimas um número expressivo de turistas europeus.

Tabela 20 - Principais eventos mencionados nos estudos internacionais e sua frequência

Evento	Frequência
Jogos Olímpicos de Inverno 2010	1
Terremoto Ban – Irã	2
Terremoto Wenchuan – China	1
Terremoto Hanshin-Awaji - Japão	1
Ciclone Xanghane – Vietnã	1
Tsunami Ásia 2004	5
Terremotos na Islândia	1
Terremoto Marmara – Turquia	2
11 de setembro	1

Observa-se que a literatura internacional traz mais semelhanças com a norte-americana, publicada em periódicos expressivos e voltada mais para a identificação de vulnerabilidades e grupos específicos ou variáveis protetoras, bem como reflexões acerca de implicações gerais.

A 10 – Consolidação do mapeamento

O levantamento nas três bases de dados consultadas permitiu perceber que os termos usados para a busca foram suficientes, além de o mapeamento ter permitido identificar um campo de interesse por desastres e emergências que se expressa em todo mundo. Foi possível acessar um conjunto expressivo de artigos que se referem à pesquisa (quanti, quali e quali-quanti), realizadas com populações de diferentes faixas etárias, relatos de experiência e delimitações da ação do psicólogo, bem como posicionamentos mais gerais (revisões bibliográficas, estudos críticos e meta análises). Embora ainda sejam feitas revisões bibliográficas para delimitação de área, principalmente em alguns países latino-americanos, incluindo o Brasil, a maior parte do material acessado se refere a desastres (tsunamis, terremotos, enchentes, atos terroristas, furacões, ciclones), suas consequências para a saúde mental e modos de atuar de forma positiva.

A partir desta consolidação de área de interesse buscou-se, então, analisar o conteúdo do material de modo a caracterizar o que e como se tem trabalhado. Inicialmente foi feita a leitura dos artigos em sua íntegra, agrupados nas categorias temáticas identificadas no mapeamento, independentemente da língua ou nacionalidade de seus autores. Posteriormente eles foram reagrupados conforme será explicado abaixo.

B - A Área da Psicologia das Emergências e dos Desastres

Em primeiro lugar observou-se o uso de termos diversos para caracterizar a área. Como foi mencionado na introdução, a literatura em português e espanhol se refere a ‘psicologia das emergências e dos desastres’, enquanto a maior parte da literatura norte-americana utiliza ‘psicologia dos desastres’ como termo de definição. Também se observou o uso da terminologia ‘emergências humanitárias internacionais’ (WESSELLS, 2009), ‘psicologia internacional dos desastres’ (REYES; JACOBS, 2006), ‘psicologia dos desastres e das crises’ e posteriormente ‘psicologia dos desastres, crises e trauma’ (EFPA). Estes termos têm em comum abordar as questões de saúde mental e agenciamento dos efeitos de possibilidade de trauma decorrentes da experiência de desastres, buscando o desenvolvimento de intervenções preventivas e de fortalecimento de enfrentamento, como maior ou menor ênfase em diferenças culturais.

A leitura dos artigos segundo as categorias temáticas realizadas no mapeamento fez emergirem novas configurações de entendimento da área. São raros os conceitos novos para além do que foi apresentado no Capítulo 2 o que se percebeu foram consensos mais ou menos bem estabelecidos.

Optou-se, então, por organizar a apresentação que se segue não mais em torno das categorias temáticas diretamente decorrentes do mapeamento, mas sim em torno dos pressupostos. Segundo o Dicionário da língua portuguesa Novo Aurélio³⁰ o substantivo se refere a “conjetura, pressuposição, circunstância que se considera como antecedente necessário de outra”, ou seja, “o que se pode supor de modo antecipado”. Os pressupostos identificados expressam os consensos atuais em psicologia das emergências e dos desastres nos quais conceitos e ações emergem. Foram eles: a relação entre Trauma e TEPT não é causal e nem tudo é TEPT; deve-se gerar condições de enfrentamento positivo; deve-se assumir uma perspectiva sistêmica; as ações em desastres devem ser culturalmente sensíveis; *Primum non nocere*; desastres são situações complexas; diferentes desastres, diferentes ações; deve-se cuidar da saúde mental e da formação do psicólogo.

Ao final indicam-se duas categorias que foram consideradas como emergentes à medida que tem pouca produção e esta é muito recente, mas que pareceu relevante destacar pois indicam novas vias de desenvolvimento da área. Foram elas o que se denominou: tecnologias de informação e comunicação e fatores humanos.

³⁰ <<http://www.dicionariodoaurelio.com/Pressuposto.html>> - Acesso em 07/12/2013.

B1 - Pressupostos, conceitos e ações.

A relação entre Trauma e TEPT não é causal e nem tudo é TEPT

Um número expressivo (15%) dos artigos identificados no mapeamento anterior concentra-se em trauma e estresse pós-trauma, indicando que se trata de conceitos bastante importantes na área. Percebeu-se, no entanto, que embora muitos artigos tragam no título o termo TEPT, seu conteúdo trata de sintomas de estresse em situações de potencial altamente traumático ou de estresse agudo, e menos frequentemente do transtorno. Neste material, e antecipadamente deve-se assinalar, também em relação a muitos dos demais conceitos que aparecerão quanto aos outros pressupostos, dificilmente observam-se definições, sendo os conceitos indicados mais como algo sobre o qual já não pairam dúvidas. No caso do estresse traumático há um consenso de que a vivência de um desastre ou situação de emergência está associada a uma condição de alto nível de estresse e deve ser considerada como potencialmente traumática, mas não necessariamente traumática.

Autores que aparecem como destaques da área, devido à realização de revisões bibliográficas extensas, estudos críticos ou meta-análises, número de artigos publicados, número de citações por outros autores, por serem professores eméritos e/ou ganhadores de prêmios (humanitários ou de reconhecimento da área), convergem quanto a duas noções.

A primeira diz respeito ao quanto a ênfase excessiva no TEPT obscureceu a importância de outras consequências psiquiátricas como depressão, ansiedade, pânico e abuso de substâncias. A segunda conduz ao fato de não haver uma relação linear entre a exposição a um desastre, entendido como um evento altamente estressante, e o consequente desenvolvimento do transtorno ou quadro de estresse agudo. Ao contrário, há condições que mediam ou modulam os efeitos; além disso, o foco no trauma dificultou a compreensão apropriada dos efeitos psicológicos gerais decorrentes da vivência de um desastre, o potencial possível de recuperação, a presença de enfrentamentos positivos e de aperfeiçoamento pessoal.

Relativo ao estresse pós-trauma ou ao TEPT, North (2010) está entre os autores que se pronunciam incisivamente, afirmando que embora a literatura da década anterior tenha se detido muito sobre o transtorno, este ocorre na mesma frequência que depressão, abuso de álcool e dependência de substâncias (variando de 10 a 12%) o que também é indicado por outros autores (KOHN et al, 2005; ECHEBURUA, 2010; LEIVA; QUINTANA, 2010). Também há indicações de que se devam considerar as consequências físicas como ferimentos,

períodos longos de recuperação e limitações físicas decorrentes, que modificam estes efeitos (NORRIS; SHERRIEB; GALEA, 2010).

Outros aspectos também podem ser destacados. Leiva-Bianchi (2011) comparou a prevalência de TEPT nos chilenos após terremoto/tsunami de 2010 e verificou um nível de transtorno mais alto do que de amostras de outros países, sugerindo diferenças culturais (variando de 15 a 36%). A mesma prevalência mais alta que os estudos norte-americanos foi indicado no Brasil, quando Passos et al (2012) fizeram a adaptação da escala *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (23%) e por Kohn et al (2005) em Honduras (16%).

Algumas pesquisas indicam variáveis que parecem alterar os efeitos. Leiva e Quintana (2010) avaliaram a presença de ataques de pânico duas semanas depois do terremoto do Chile em 2010 e concluíram que estes sintomas estavam mais presentes entre aqueles que sofreram perdas materiais e foram mais expostos ao tsunami (população litorânea), enquanto Kohn et al (2005) também observaram a mediação do nível de exposição e de indicadores de luto alterando a severidade dos sintomas, no caso pelo furacão Mitch de 1998 em Honduras, cabendo destacar que, neste caso, havia co-morbidade de depressão, alcoolismo e problemas emocionais anteriores nos indivíduos das áreas mais afetadas.

A co-morbidade também aparece no estudo North (2010) que comparou os resultados de estresse após o atentado de Oklahoma em 1995 e respostas psiquiátricas frente ao furacão Katrina, ambos nos Estados Unidos. Em Oklahoma, quase todos (96%) os sobreviventes apresentavam algum tipo de sintoma de TEPT, mas isto representava cerca 34% das psicopatologias diagnosticadas no imediato pós-desastre, sendo que a depressão respondia por 23% dos casos.

Outra observação pertinente dizia respeito ao aparecimento do quadro. Enquanto o DSM-IV propunha ser necessário um mês para ser feito o diagnóstico, as respostas nos sobreviventes de Oklahoma apareceram no mesmo dia em 76% dos indivíduos e em 96% deles, decorrida uma semana. No *follow up* de um ano depois do evento, apenas 11% dos síndromicos haviam remetido. A conclusão retirada do estudo foi que a rapidez do aparecimento dos sintomas e a cronicidade do quadro ressaltam a importância do desenvolvimento de intervenções de saúde mental rápidas, contingentes e a continuação deste serviço por longos períodos (NORTH, 2010).

Quando descreve as psicopatologias identificadas pós Katrina, North (2010) destaca o fato de que os profissionais de saúde mental quando foram intervir se preocuparam muito com a identificação do TEPT e se surpreenderam com sua quase ausência. Depararam-se com uma enormidade de comprometimentos de saúde mental pré-existentes, e não tratados na

população (esquizofrenia, depressão, usos e abusos de substâncias controladas etc.), indicando demandas não atendidas de saúde mental que um desastre pode trazer à tona.

Especificamente quanto às outras psicopatologias que não o TEPT, Boscarino, Adams e Galea (2006) verificaram um aumento significativo do uso de álcool em várias das populações afetadas pelo atentado de 11 de setembro. Na mesma direção, Coêlho, Adair e Mocellin (2004) avaliaram adultos em duas regiões brasileiras semelhantes, uma afetada por seca e outra não, obtendo, na área da seca, níveis mais altos de ansiedade nas mulheres e de angústia nos homens, mas não TEPT. E Krastel e Margraf (2009) avaliaram sintomas de ansiedade, pânico e depressão relativos à exposição ao 11 de setembro e sua repercussão na Suíça e a dois desastres locais, imediatamente depois e em um *follow up* de 2 e 7 anos. Concluíram que os sintomas de depressão aumentaram significativamente após os eventos e os resultados se mantiveram na avaliação de 2 anos, mas declinaram significativamente na avaliação de 7 anos. Ao contrário, os sintomas de ansiedade não mudaram com o tempo.

O que se pode concluir é que o TEPT, quando diagnosticado, é mais frequente em indivíduos com psicopatologias pregressas, provavelmente em circunstância de maior impacto e perdas (humanas e materiais). Se a psicopatologia ocorre tanto quanto outras, concorda-se com o fato de que seja fundamental distinguir e considerar as especificidades de demandas dos sobreviventes. Clínicos e pesquisadores devem ser cuidadosos na identificação de indivíduos em maior risco.

Não se evidenciam apenas riscos de psicopatologia, mas também consequências na saúde geral. Norris, Sherrieb e Galea (2010) em estudo no qual foram controlados os estressores relativos ao trauma (nível de perdas de pessoas, da comunidade e de adversidades), constataram que as pessoas que foram feridas e ficaram temporariamente incapacitadas ou doentes, apresentavam maior nível de estresse, estresse pós-traumático, tempo de incapacitação e percepção de necessidade de cuidado, mas não havia relação com maior incidência de depressão ou ansiedade. Os autores chamam a atenção para as diferenças nas consequências do tipo de desastres. Afirmam que em situações mais previsíveis como enchentes e furacões há menos perdas humanas e mais perdas materiais e problemas físicos. Estas diferenças devem ser consideradas para a pesquisa e intervenção. Além disso, ressaltam o papel das intervenções comunitárias no imediato pós-desastre e, novamente, as demandas de diagnóstico também nestes casos.

Ainda em relação às decorrências para a saúde geral, Conrad et al (2011) compararam resultados antes e pós ciclones em populações vietnamitas, tendo encontrado alto

nível de comprometimento da saúde física em indivíduos que apresentavam quadros de depressão e pânico, idosos e pessoas que vivenciaram alta angústia no evento.

Apesar da dificuldade de chegar a conclusões definitivas a partir de estudos realizados com populações diferentes e diferentes metodologias, além de poucos controles de longo prazo, parece haver uma previsibilidade de que os sobreviventes vão experimentar uma reação imediata e intensa que declinará com o passar do tempo, bem como uma variedade de reações heterogêneas e padrões de mudança (BONANNO, 2004; REYES; ELHAI, 2004; BONANNO et al 2008; BORJA; CALLAHAN, 2008; NORRIS; TRACY; GALEA, 2009; NORTH 2010; FERNANDO, 2012).

Watson, Brymer e Bonanno (2011) citam resultados de outros estudos que documentam a prevalência do provável TEPT em residentes de Nova Iorque, um mês após o atentado de 11 de setembro de 2001, como da ordem de 7,5%, com intenso declínio 6 meses depois (0,6%). Além disso, menos de 30% de adultos e jovens desenvolvem uma psicopatologia crônica. O que ocorre é que a maioria experimenta angústia que deve ser considerada normal frente a um evento anormal (NORTH 2010).

Tais informações conduzem a se pensar em pelo menos duas necessidades: identificar os indivíduos mais propensos ao desenvolvimento de quadros agudos e crônicos, desenvolvendo-se intervenções adequadas a eles, e analisar as condições associadas à resiliência que se expressa em cerca de 25 a 50% dos sobreviventes, mesmo se severamente expostos ao desastre (BONANNO et al, 2007).

Deve-se gerar condições de enfrentamento positivo.

Muitos dos artigos identificados, embora tratem do estresse e trauma, preocupam-se com o desenvolvimento de condições de enfrentamento positivo destas circunstâncias. Por um lado, se torna importante identificar grupos e condições mais vulneráveis; de outro, promover saúde.

Fatores de resiliência que têm sido mencionados se referem aos traços de personalidade, estilo de enfrentamento e sensação de auto-eficácia, apoio social e fatores biológicos como sexo, idade (NORRIS; SHERRIEB; GALEA, 2010). A identificação destes fatores, muitos dos quais não passíveis de alteração, remete ao desenvolvimento de estratégias que possam favorecer o enfrentamento positivo, associado principalmente à compreensão

sistêmica dos eventos e ao desenvolvimento de empoderamento comunitário, que serão tratadas mais adiante, bem como à identificação de grupos mais vulneráveis.

Foi possível verificar nesta pesquisa uma produção científica expressiva dirigida às condições de vulnerabilidade e resiliência em crianças e adolescentes. Diferentes autores obtiveram resultados que confirmam que as crianças são particularmente vulneráveis ao estresse associado aos desastres (STRELAU; ZAWADZKI, 2005; PEREZ-OLMOS; FERNANDEZ-PINERES; RODADO-FUENTES, 2005; SEPULVEDA; LOPEZ; GUAIMARO, 2006; BÖDVARSDÓTTIR; GUDMUMSDÓTTIR; ELKLIT, 2006; LA GRECA et al, 2010; FELTON; COLE; MARTIN, 2013), não havendo discordância a respeito.

Nesta direção, há estudos que confirmam a presença de sintomas em crianças expostas a diversas situações. Bödvarsdóttir, Gudmumdsdóttir e Elklit (2006) avaliaram a presença de sintomas TEPT em crianças expostas e não expostas a dois grandes terremotos na Islândia. Independentemente de co-morbidade, 3 meses depois do ocorrido havia um maior nível de sintomas entre as expostas, o que faz com que os autores indiquem a necessidade de se programar intervenção de crise neste contexto. De modo semelhante, Perez-Olmos, Fernandez-Pineres e Rodado-Fuentes (2005) verificaram maior prevalência de sintomas de EPT entre crianças colombianas que viviam em localidades onde havia guerrilha, enquanto Felton, Cole e Martin (2013) encontraram maior prevalência de sintomas depressivos associados à vivência de enchentes.

Com o objetivo de delimitar as variáveis que possam estar associadas à vulnerabilidade infantil, La Greca et al (2010) avaliaram sintomas de EPT em crianças com média de 9 anos de idade, 9 e 21 meses após o furacão Katrina, nos Estados Unidos da América do Norte. Analisaram o papel do nível dos estressores após o desastre e de apoio social na persistência de sintomas. O estudo mostra que 35% das crianças apresentavam sintomas de severos a moderados que se mantiveram em 29% da amostra, 21 meses depois. Foi percebido um efeito cascata entre o estresse pós-desastre, mudanças na vida e diminuição de apoio (familiar e social) na manutenção dos sintomas.

As pesquisas conduzidas especificamente com adolescentes mostram também sua maior vulnerabilidade. Roberts et al (2010) observaram que a prevalência de sintomas de estresse aumentou em 104% nos 2 primeiros anos após o Katrina, entre os adolescentes estudados. A maioria (53%) dos jovens continuou a experimentar dificuldades de saúde mental 2 anos após o evento traumático.

Outro estudo realizado com adolescentes (ROWE; LA GRECA; ALEXANDERSSON, 2010) obteve correlação entre sintomas de EPT e envolvimento com o uso de substâncias ilícitas, evidenciando que fatores individuais e familiares (baixa coesão e monitoramento familiar, episódios de delinquência) estavam associados tanto com o uso de substâncias, quanto com os sintomas de EPT. Já a pesquisa de Weems et al (2007) mostrou que o nível de ansiedade do adolescente pode ser variável moduladora do EPT.

A associação com variáveis familiares aparece com frequência nas pesquisas com adolescentes, não somente na descrita anteriormente (HENRY et al, 2004; VIGIL; GEARY, 2008; TUICOMEPEE; ROMANO, 2008; ROWE; LA GRECA; ALEXANDERSSON, 2010; POLUSNY et al, 2011). Por exemplo, Tuicomepee e Romano (2008) trabalhando com adolescentes tailandeses presentes no tsunami da Ásia em 2004, observaram que os problemas de comportamento estavam positivamente associados à vivência do tsunami e negativamente com o funcionamento positivo da família. A vinculação com escola, exposição ao tsunami, crenças e práticas religiosas, bem como disponibilidade de serviços de saúde mental, não eram preditores de problemas de comportamento.

Quanto à identificação de fatores de risco familiar e sintomas de TEPT em adolescentes, Polusny et al, (2011) confirmam a importância de se considerar as variáveis familiares. Concluíram que a presença de sintomas de TEPT nos pais, independentemente de outras variáveis, estava associada positivamente a sintomas dos filhos: a sintomatologia dos adolescentes era amplificada pelas condições de saúde mental pós-desastre dos pais.

Considerando tanto crianças quanto adolescentes, cabe destaque para a meta análise de 96 pesquisas envolvendo menores de 18 anos, conduzida por Furr et al (2010). Os resultados mostram que, a despeito das variações entre os estudos analisados, desastres geram EPT de magnitude pequena a moderada em crianças e adolescentes. Há variações de vulnerabilidade associadas a: gênero (feminino), número de mortes envolvidas no desastre, grau de proximidade com as pessoas perdidas e nível de angústia vivenciada durante o evento.

Os idosos também são mencionados como grupo potencialmente mais vulnerável (WATSON; BRYMER; BONANNO, 2011; NORRIS; SHERRIEB; GALEA, 2010). Ardalan et al. (2010) avaliaram as necessidades de idosos após o terremoto Ban, no Irã, tendo verificado maior nível de estresse do que a população em geral. Os autores ressaltam quatro temas centrais a serem considerados como estressores adicionais: serviços conduzidos de modo inadequado às limitações físicas de idosos; sensação de afronta à dignidade; sensação de insegurança e angústia. Posteriormente, avaliando a mesma população (ARDALAN et al, 2011) observaram que embora os efeitos negativos ainda estivessem presentes na população

em geral, o desastre melhorou a qualidade de vida, assim como os relacionamentos sociais dos idosos, provavelmente como decorrência do desenvolvimento de melhores relações comunitária, após o terremoto (*follow up* de 6 anos).

Também foi possível perceber entre os artigos acessados, uma grande preocupação com outros grupos mais vulneráveis, tendo-se identificado pesquisas voltadas para condições de veteranos de guerra, grupo que frequentemente já foi exposto a nível alto de EPT prévio (ENRIQUE, 2004; DAVIS et al 2012; CONSTANS et al 2012; BROWN et al 2013; HESLIN et al 2013).

Enrique (2004) trabalhou com veteranos da Guerra das Malvinas que desenvolveram TEPT indicando a presença também de estilo desadaptativo ou pessimista de funcionamento, ansiedade flutuante, escassa capacidade de controle dos impulsos, instabilidade emocional e incapacidade de gerar e manter relações sociais estáveis, em comparação com os combatentes que não desenvolveram TEPT.

O observado por Enrique é confirmado entre veteranos norte-americanos (Guerra do Golfo, Afeganistão e Iraque). Heslin et al (2013) confirmam a presença de humor altamente negativo e depressivo, enquanto o mesmo estilo pessimista e cognições negativas foi acessado por Constans et al (2012), que verificaram que as crenças negativas e doença mental prévia estavam positivamente associadas à severidade de sintomas de TEPT. Ainda é possível destacar diferenças raciais entre veteranos norte-americanos, com maior vulnerabilidade entre veteranos negros quando comparados a brancos, além de covariância com estar trabalhando, número de experiências traumáticas na vida pregressa, número de estressores traumáticos associados à vivência do Katrina e o suporte social (DAVIS et al 2012).

Outros grupos considerados mais vulneráveis são os portadores de necessidades especiais para os quais destacam-se as especificidades de impacto e as necessidades também particulares de procedimentos de evacuação, além de demandas mais complexas para recuperação física e de saúde mental (NORRIS; SHERRIEB; GALEA, 2010; SEALE, 2010; STOUGH et al 2010; FOX et al, 2010).

Se muitos grupos são vulneráveis ao trauma e exigem considerações especiais de diagnóstico e atendimento, segundo Watson, Krymer e Bonanno (2011), considerando as consequências do atentado ao World Trade Center (NY), pelo menos 25 % dos envolvidos foram avaliados no primeiro mês como resilientes - presença de menos de um sintoma de EPT- e esta taxa cresceu para 50% nos seis meses posteriores.

De fato, como o estudo de Ardalan et al, (2011) indicou no caso dos idosos iranianos, há um potencial positivo nos eventos traumáticos, tanto para o desenvolvimento social quanto individual.

Nesta direção, diferentes autores (CRYDER et al, 2006; HAFSTAD; KILMER; GIL-RIVAS, 2011; LOWE; MANOVE; RHODES, 2013; POOLEY et al, 2013) remontam a Tedeschi e Calhoun que em 1995 cunharam o conceito de crescimento pós-traumático (CPT) (*posttraumatic growth* - PTG), para descrever as mudanças duradouras e positivas relatadas pelos indivíduos como decorrentes da vivência de um evento estressante fora do comum. Indicam que a experiência traumática pode desequilibrar o indivíduo estimulando-o a lutar, se adaptar à nova realidade e buscar compreender o que aconteceu.

Assim, Lowe, Manove e Rhodes (2013) avaliaram a relação entre EPT e CPT em mães de baixa-renda. Obtiveram como resultado que o nível de EPT no primeiro e terceiro anos de *follow up* estavam significativa e positivamente associado com o CPT 3 anos depois, confirmando o efeito desenvolvimental da vivência estressante.

Já Pooley et al (2013) avaliaram a relação entre EPT e CPT em 512 pessoas que moravam em área afetada por ciclones na Austrália. A pesquisa confirma a previsão de que o estresse do desastre é frequentemente acompanhado por crescimento pessoal e oportuniza uma alternativa baseada na perspectiva de resiliência ao abordar as consequências de desastres e suas intervenções.

Hafstad, Kilmer e Gil-Rivas (2011) também avaliaram as mudanças positivas experimentadas por crianças norueguesas, como resultado da exposição ao tsunami da Ásia em 2004. Questionam, no entanto, o nível de CPT entre seus participantes, dado este ser inferior ao observado em estudos norte-americanos ou encontrado entre crianças que viviam nas áreas diretamente afetadas. O estudo traz à tona o papel de variáveis secundárias como as diferenças qualitativas no pós-desastre, considerando que seus participantes, após o tsunami, voltaram para a proteção de seu lar, família e rede social, o que diminuiu a angústia e problemas posteriores, reduzindo tanto o CPT quanto à presença de sintomas.

Finalmente, cabe mencionar o estudo de Bonanno et al (2007) que realizaram análise de multivariância para examinar os preditores de resiliência em adultos expostos a desastres. Seus resultados indicam o quanto se trata de condição complexa na qual gênero, idade, raça e etnia, nível educacional, nível de exposição ao trauma, mudanças de padrão de vida, suporte social, frequência de doença crônica e número de estressores de vida recentes e passados estão cumulativamente relacionadas para a indicação de consequências negativas, restauração de estado anterior ou de crescimento.

Desta análise se pôde concluir que tanto se torna necessário identificar indivíduos em risco ou circunstâncias associadas a consequências negativas na saúde mental (prevenção) quanto investir nas condições de saúde a fim de favorecer o enfrentamento positivo, que é situação complexa e multideterminada, o que remete à compreensão sistêmica.

Deve-se assumir uma perspectiva sistêmica.

Embora se tenha descrito o efeito do estresse sobre indivíduos vulneráveis, um desastre desorganiza toda a comunidade afetada, excedendo sua capacidade de enfrentar a situação com os próprios recursos (OPAS, 2010a). Nesta perspectiva, um desastre deve ser considerado como um evento sistêmico e compreendida a relação entre os diversos subsistemas envolvidos. De fato, como Broninsch et al (2006) assinalam, quando se referem às ressonâncias do tsunami da Ásia em 2004, é difícil inclusive delimitar quais as fronteiras do sistema impactado em situações como aquela, onde os familiares de atingidos estavam a milhares de quilômetros de distância, mas exigiam informações, acolhimento e/ou atendimento.

Observou-se nos artigos selecionados uma preocupação com os impactos sociais dos desastres e emergências, bem como o destaque para o fato de que se deva considerar a variabilidade das organizações sociais, suas regras e normas de funcionamento. Neste sentido, verificam-se estudos que indicam como os desastres afetam o sistema social de apoio, dificultando ou favorecendo o enfrentamento positivo. Principalmente no caso dos desastres naturais, que resultam em grande destruição física, todo o ecossistema é afetado. Com isso, frequentemente as pessoas são levadas a viver, pelo menos temporariamente, em abrigos nos quais as condições de relacionamento, privacidade e poder são totalmente modificadas, o que tem conduzido diversos autores a defender a necessidade de se fortalecer a comunidade e os grupos familiares para permanecerem exercendo seu papel de cuidadores.

Discutindo as condições de enfrentamento positivo, Cavanaugh (CAVANAUGH 2006, CAVANAUGH et al, 2008) indicam que há um consenso na área de que as intervenções no pós-desastre devem considerar as indicações de Hobfoll et al (2007) que se referem a: a) promover a sensação de segurança; b) favorecer calma entre os afetados, c) fomentar a sensação de eficácia pessoal e comunitária; d) promover vinculação e e) esperança. As implicações deste consenso são amplas, pois desafiam os profissionais a

desenvolverem abordagens holísticas e contextuais, ao mesmo tempo que particularizadas aos significados específicos atribuídos por grupos maiores ou menores.

Joseph, Matthews e Myers (2013) mostraram que o declínio socioeconômico agudo consequente a um desastre natural como o Katrina, pode gerar disparidades de saúde de longo prazo, além daquelas criadas pelas dificuldades de nível socioeconômico pregressas, dificultando ou impedindo que as pessoas e as comunidades cuidem efetivamente de seus membros por longos períodos. Assim, os temas indicados por Hobfoll et al. (2007) não podem ser desprezados, não se tratando nesta circunstância apenas da prevenção de TEPT, mas da criação de condições sociais de enfrentamento.

O mesmo é recomendado nas revisões de literatura que buscam indicadores para atuação na seca no Brasil e enchentes no Chile, nas quais se sublinha que o enfrentamento aos desastres naturais exige respostas integradas com o sistema social maior e com amplas políticas para o desenvolvimento sustentável (FAVERO; DIESEL, 2008; FAVERO, 2012; COVA; RINCON, 2010; FREITAS; XIMENES, 2012).

De fato, diferentes estudos indicam o efeito positivo do apoio social (MCGUINNESS et al, 2008). Kaniasty (2012) realizou estudo longitudinal com uso de modelo de regressão confirmando que a mobilização ou deterioração do apoio social é poderoso determinante do bem-estar dos indivíduos pós-desastre. Krum (2007) e Krum e Bandeira (2008) ressaltam as consequências positivas de se fortalecer o enfrentamento coletivo.

No que se refere especificamente a ser desabrigado e viver pelo menos temporariamente em locais transitórios há indicações (BARNES, 2006; WESSELLS, 2009; TORLAI, 2010; TUASON; GÜSS; CARROLL, 2012) de que há perdas da autoestima e da capacidade de manter um funcionamento positivo, produzindo grande desarticulação individual e social. Tuason, Güss e Carroll (2012) conduziram entrevistas em profundidade com abrigados mostrando que a experiência resulta em aumento da vulnerabilidade à medida que se perde a comunidade cultural, que era grande fonte de suporte social.

Há ainda indicações, baseadas em uma perspectiva de desenvolvimento de resiliência, de que se pode buscar garantir que o abrigo possa ser menos disruptivo. Barnes (2006) delimita o conceito de “um lar longe de casa” (*a home away from home*) para sobreviventes abrigados, sugerindo que se torna necessário não só responder às necessidades básicas, mas também se preocupar com privacidade, manutenção de vínculos familiares (dado que frequentemente abrigos separam as pessoas por sexo), criar espaços de lazer para crianças, garantir cuidado com animais de estimação etc.

Outros estudos indicam a importância de sustentar o apoio social progressivo. Lowe, Chan e Rhodes (2010) verificaram que a percepção de apoio social pré-desastre mediava o efeito da exposição aos aspectos negativos em mães de baixa renda, enquanto Kilmer e Gil-Rivas (2010) observaram que os desastres influenciam negativamente a habilidade dos cuidadores para responderem às necessidades de seus familiares. Assim, perceber as demandas de seus filhos como não sendo atendidas, não só no período imediatamente pós-desastre, mas também passados 2 anos após o Katrina, produzia extrema angústia nos cuidadores impactando sua capacidade de cuidar. Os autores expressam a necessidade de se estender os cuidados com familiares por períodos de tempo mais extensos do que o do impacto inicial, de modo a garantir a capacidade de cuidado, o que foi confirmado posteriormente (GIL-RIVAS; KILMER, 2013). O mesmo foi verificado por Rhodes et al (2010).

As particularidades relativas a crianças e adolescentes também foram acessadas nas pesquisas revistas. Uma criança ou adolescente deve ser entendido como participante de pelo menos dois sistemas de apoio: o sistema familiar e do grupo de companheiros (vizinhança e escola). O estudo de La Greca et al (2010), que trabalharam com crianças expostas a alto nível de estresse no Katrina, confirma que o apoio social de outras crianças favorecia a adaptação positiva. Os autores destacam a relevância de se compreender as questões individuais no contexto, ou seja, identificar o sistema total de perdas e mudanças decorrentes, favorecendo o fortalecimento da estrutura de vida.

Na mesma direção, Tuicomepee e Romano (2008) confirmam que os aspectos positivos da recuperação de adolescentes tailandeses que vivenciaram o tsunami da Ásia em 2004 foram o apoio familiar, a pertinência a redes sociais de companheiros de mesma idade e oportunidades de manter as rotinas escolares. Também Vigil e Geary (2008) analisam os adolescentes no contexto familiar, concluindo que não é a exposição ao trauma, mas o estilo de enfrentamento familiar a variável central na previsão do bem-estar dos jovens. Os adolescentes cujas famílias estavam mais desamparadas e necessitando de maior apoio externo, frequentemente apresentavam autoestima mais baixa e mais sintomas de depressão, indicando que o estilo de enfrentamento familiar é variável interveniente importante na saúde mental do adolescente exposto a condições de alto estresse.

Margolin, Ramos e Guran (2010) baseado em estudo crítico, afirmam que há um número de fatores subjacentes à perspectiva de intervir com as famílias e não a um ou outro membro mais afetado: em geral, muitos dos membros de uma mesma família são afetados e podem exibir sintomas do trauma; o alto nível de estresse frequentemente exacerba os

conflitos e violência entre membros das famílias; o alto nível de conflito parental está associado aos sintomas das crianças; os pais podem precisar de orientação para reconhecer e entender as respostas dos filhos aos desastres; os pais tem alto nível de contato com os filhos e assim são quem melhor pode monitorar as intervenções focadas nos filhos; são os pais quem estabelecem o ritmo e as rotinas diárias das crianças; pais podem se amedrontar quando são fisicamente separados dos filhos resultando em superproteção, o que impede a criança de progredir no restabelecimento de rotinas normais. Os autores ponderam que não se pode excluir a criança e o adolescente da família e que devem ser desenvolvidos materiais de apoio e grupos de pais, tanto quanto na escola.

Outros autores referem-se a mudança sistêmicas na percepção e ação sobre os eventos (HENLEY; MARSHALL; VETTER 2011; HAMIÉL et al 2013). Henley, Marshall e Vetter (2011) defendem a ideia de se trabalhar de modo a integrar as demandas de apoio a sobreviventes nos serviços usuais da comunidade e Hamiel et al (2013) descrevem experiências de intervenção para aumentar resiliência de crianças em Israel. Argumentam que desastres, terrorismo e guerra afetam as crianças em sua matriz de proteção e que deve haver um olhar sistêmico para como garantir proteção indicando que pais e escola podem se associar para aumentar a resiliência.

Outra decorrência de uma abordagem sistêmica conduz à compreensão refinada do contexto social nos quais as ações e intervenções ocorrem, o que será tratado no próximo item.

As ações em desastres devem ser culturalmente sensíveis.

O contato com o volume de pesquisas produzidas na década permite deduzir que o atendimento aos sobreviventes e familiares das vítimas do atentado de 11 de setembro no World Trade Center, em 2001, aos do tsunami da Ásia, em 2004, e do furacão Katrina em 2005, contribuíram de modo expressivo para a tomada de consciência das diferenças culturais no enfrentamento a desastres e emergências. Embora o 11 de setembro e o Katrina tenham ocorrido em território norte-americano, o primeiro vitimou pessoas de diferentes nacionalidades e o segundo indicou as diferenças de significado dentro de uma cultura dominante, desencadeando uma forte apropriação das diferenças contextuais.

Quando se descreveu as pesquisas sobre a incidência de TEPT e outros comprometimentos psiquiátricos, já foram indicadas diferenças de prevalência do transtorno

em diferentes culturas. Jacobs (2007) refletindo sobre suas ações ao longo do tempo e ao redor do mundo, concluiu que os aspectos “culturais em toda sua abrangência, têm o potencial de influenciar tanto a resiliência quanto a habilidade de se recuperar de um estresse traumático” (p. 934), com efeitos tanto positivos quanto negativos.

Um dos desafios associados ao ataque ao World Trade Center caracterizou-se pelas diferenças de enfrentamento das perdas e luto (GHEYTANCHI et al 2007; BOSS et al, 2003). Familiares de diferentes nacionalidades tiveram que lidar com o reconhecimento de cadáveres, ou parte de cadáveres, bem como com a logística de necrotério em um país estranho e com funcionários que não tinham qualquer treinamento para lidar com a grande diversidade. Tornou-se necessário dar apoio a estes familiares, sem conhecimento aprofundado de seus rituais e modos de enfrentamento. Além disso, ficou evidente como muitos dos psicólogos norte-americanos envolvidos tiveram dificuldade de oferecer apoio e mesmo compreender as diferenças entre rituais e modos de expressão de pesar (BOSS et al, 2003; WALSH, 2007).

Broninsch et al (2006) também tratam do mesmo tema, mas segundo outra perspectiva, quando relatam o desconforto de uma familiar alemã durante o ritual de sepultamento de seu marido, falecido em decorrência do tsunami da Ásia em 2004. Indignou-se com os monges budistas locais que sorriam durante o ritual, à medida que compreendiam a morte de maneira diferente da ocidental.

Constantine et al (2005) pesquisaram diferenças de enfrentamento ao atentados de 11 de setembro entre ási, afro e latino descendentes, em comparação com a normatização da população branca norte-americana. Concluiu que os indivíduos destes grupos utilizavam menos os serviços de saúde mental tradicionais e se voltavam mais para o apoio da rede pessoal. Além disso, utilizavam meios não tradicionais para dar sentido à situação e conseguir alívio, dentre eles: leitura de tarô; médiuns, Chi-Kong, Reiki etc. Os autores advertem que para se trabalhar efetivamente, os psicólogos não podem desconsiderar estas práticas e seu significado para determinados grupos, mesmo pensando que compartilham uma identidade nacional.

O maior número de artigos acerca de um evento, compilado para o presente trabalho, diz respeito ao furacão Katrina. De modo mais ou menos detalhado, todos se referem à condição de pobreza e desamparo evidenciado na população atingida. Como já foi mencionado (NORTH, 2010), os profissionais de saúde mental deslocados para atendimento no local, não estavam preparados para o nível de comprometimento de saúde mental não

tratado da população, que eclipsava as demandas traumáticas, nem para compreender o papel de crenças religiosas locais.

Gheytonchi et al (2007) relatam diferenças de compreensão e modo de enfrentamento analisando que, juntamente com o fato de ter havido problemas de comando para determinar a evacuação das áreas atingidas, um número muito grande de pessoas se recusou a abandonar suas poucas posses quando do furacão Katrina. Indicam também que, embora o furacão tenha afetado pessoas de todas as raças e classes socioeconômicas, os efeitos adversos foram mais severos entre os afro-americanos, os pobres, os portadores de necessidades especiais, as crianças e os idosos. Evidenciou-se que havia pouca preparação das equipes de socorro para atender a estas necessidades, o que redundou em vários dos sintomas que perduraram, e que já foram descritos anteriormente.

As equipes de socorro também tiveram enorme dificuldade em dar sentido e respeitar as crenças espirituais locais. Em síntese, o atendimento ao Katrina mostrou a falta de treinamento das equipes de saúde mental para atingir pessoas em seu próprio país (GHEYTANCHI et al, 2007). Em consequência, Aten e seus colaboradores (ATEN et al 2008; ATEN et al 2010; ATEN; TOPPING, 2010; ATEN et al 2011; ATEN; TOPPING; DENNEY, 2011; ATEN et al 2013) vêm desenvolvendo um programa de parcerias e treinamento para religiosos, de modo que estes, por fazerem parte da comunidade e serem mais sensíveis culturalmente, possam dar apoio às vítimas do Katrina, particularmente os afro-americanos, e a atuar nos primeiros impactos de futuros desastres.

Na mesma direção, Guerrero-Gutierrez (2013) analisa diferenças que devem ser compreendidas ao longo do território colombiano; Cova e Rincon (2010) também assinalam as diferenças de construção social das diferentes populações chilenas atingidas pelo terremoto de 2010 e James et al (2012) em atendimento no Haiti, indicam a necessidade de um modelo culturalmente compatível com as crenças locais para atendimento efetivo quando crenças sobre saúde e doença não são semelhantes às hegemônicas.

Fortalecer uma comunidade implica, portanto, em compreendê-la sistemicamente, como um todo organizado, não sendo possível desconsiderar como se constroem significados locais para eventos que apenas aparentemente são os mesmos, caso não se queira incorrer no risco de subserviência ao invés de empoderamento.

Primum non nocere.

Um número expressivo de artigos trabalhados nesta Dissertação menciona o princípio central da maioria dos códigos de ética profissional: “Antes de tudo, não cause dano” (*Primum non nocere*). No entanto, o princípio tem sentido específico na área dos desastres e emergências e particularmente quando se trata de intervenções humanitárias internacionais.

No levantamento bibliográfico realizado teve-se acesso ao pronunciamento de dois autores mais referenciados pelos demais no que se refere ao princípio. Ambos receberam o Prêmio Humanitário Internacional da APA: respectivamente Jacobs, em 2007 e Wessells, em 2009 que dedicaram parte de suas reflexões acerca dos cuidados que devem ser tomados para que as práticas psicológicas não se transformem em *mala praxis*.

Jacobs (2007), analisando suas ações tanto ao planejar programas de intervenção psicológica, quanto ao ensiná-los, considera que embora muitas coisas tenham mudado desde que começou a atuar na área, seus princípios básicos permanecem os mesmos, “apenas amadureceram” (p. 934). O primeiro princípio afirma “*do no harm*” (*Primum non nocere*), referindo-se ao potencial danoso que intervenções mal planejadas podem produzir. Ressalta a importância de se incorporar práticas efetivas de avaliação inicial, acompanhamento e principalmente avaliação de benefícios aos programas de suporte psicológico, de modo a assegurar que as intervenções humanitárias não tenham um efeito iatrogênico.

O pronunciamento de Wessells (2009) se intitula “*Do no harm*” e apresenta extensa discussão acerca dos perigos que intervenções ingênuas, mal planejadas ou mal conduzidas podem gerar, apesar de suas boas intenções. Destaca, principalmente, os riscos em ações internacionais, exemplificando dentre outros, como em 1999 na Albânia, quando nos campos de refugiados, psicólogos norte-americanos criaram espaços para atendimento psicológico de mulheres vítimas de estupro. Para tal cuidado, as mulheres precisavam se identificar como vítimas de tal crime, o que para muitas famílias daquela etnia era uma violenta afronta à honra familiar. Tal honra só poderia ser retificada com a morte da mulher.

É muito difícil definir o que constitui uma prática adequada e ética em emergências internacionais. E os códigos de ética em saúde mental nem sempre foram pensados para considerar a variabilidade de significados culturais (THOBURN et al, 2012). Em seu artigo, Wessells (2009) sistematiza alguns grupos de atuações inadequadas apresentados a seguir. O primeiro tema considerado é intitulado paraquedismo ou turismo de desastre. Diz respeito a como as ações no nível internacional devem ser articuladas e como os psicólogos ocidentais,

em geral, estão pouco preparados para se coordenar com os recursos locais. Violam normas culturais sem mesmo se aperceber como, por meio do uso de roupas inadequadas, consumo de álcool, ou criação de expectativas de apoio irreais; ou ainda quando, inadvertidamente, podem ser usados como instrumento de poder por grupos dominantes.

Outra consideração acerca de efeitos iatrogênicos de práticas psicológicas em emergências internacionais se relaciona especificamente com os métodos e pressupostos da Psicologia Ocidental. Os valores subjacentes aos cuidados humanitários podem colidir com os da sociedade afetada. As técnicas psicológicas enfatizam a manifestação de sentimentos e vivências pessoais que podem ser inadequadas em muitas culturas, principalmente quando confrontam valores de honra familiar, exposição de privacidade, de vulnerabilidades, etc.

A Psicologia Ocidental como um todo, traz consigo valores individualistas que reforçam a ideia de bem estar pessoal. Com esta formação arraigada e pouco refletida é difícil para a maioria dos psicólogos do ocidente compreender culturas tradicionais e sistemas de poder local. Na mesma direção, o ocidental é resistente em aceitar religiões e rituais religiosos mais tradicionais, à medida que suas teorias e práticas tendem a ser pouco espiritualizadas, o que nem sempre pode ser adequado para comunidades onde há alta centralidade de valores religiosos.

A formação em psicologia em termos gerais, pouco valoriza as diferenças culturais marcantes no mundo, e oferece raras oportunidades para os psicólogos compreenderem o significado das múltiplas perdas envolvidas em uma emergência internacional, levando ao aumento de vulnerabilidade, ao invés de autonomia. Além disso, sem considerar os significados locais, e sem favorecer o desenvolvimento das práticas da comunidade, pode-se gerar dependência, o que é um dano secundário. Dependência causa múltiplos problemas: rouba dignidade e gera o contrário do empoderamento.

Wessells (2009) descreve quatro maneiras de prevenir ou minimizar o imperativo “*do no harm*”: a) a reflexão crítica dos temas éticos antes, durante e depois de cada resposta a emergências; b) oferecer guias éticos com grande especificidade acerca do que seriam os comportamentos adequados em intervenções internacionais; c) aperfeiçoar o sistema de documentação acerca da eficácia das intervenções psicossociais em emergências; e d) aperfeiçoar a preparação e treinamento de todos os indivíduos que venham a atuar em emergências internacionais.

Portanto, *Primum non nocere* traz consigo o questionamento de como desenvolver uma psicologia das emergências e dos desastres com sensibilidade cultural e não só no que tange ao planejamento e acompanhamento cuidadosos, mas também a derivação de qual

formação os psicólogos deveriam receber para atuar sem que seu atendimento torne-se “um segundo tsunami” conforme ponderou um profissional no Sri Lanka após o evento de 2004 (WESSELLS, 2009).

Desastres são situações complexas

Autores que realizaram revisões da literatura sobre saúde mental em desastres (NORRIS et al 2002; NORTH, 2010; NORTH; HONG; PFEFFERBAUM, 2008; NORRIS; TRACY; GALEA, 2009; COVA; RINCON 2010; WATSON; BRYMER; BONANNO, 2011) indicam que, embora haja certos resultados consistentes de um desastre para outro, eles podem diferir de maneira importante e as intervenções em saúde mental devem ser construídas a partir das especificidades do desastre, da população e de sua ecologia.

Norris, Tracy e Galea (2009) organizaram a variabilidade de impactos dos desastres em quatro categorias de diferenças que, embora não sejam categorias mutuamente exclusivas, refletem a multiplicidade de fatores que afetam as consequências psicossociais para adultos e jovens. São elas: a) tipo e nível dos estressores, b) perdas envolvidas, c) adversidades consequentes e d) efeitos na comunidade.

Embora North (2010) avalie não o efeito, mas o tipo de desastre, suas categorias de análise diferem pouco das propostas pelos dois autores anteriores. Para North, desastres variam no tipo, no escopo, na intensidade e na população afetada.

Cova e Rincon (2010) alertam tanto para as perdas, danos e sentimentos de ameaça que os desastres geram nas pessoas e seu entorno, como também para a duração das perdas sociais e econômicas. Neste caso, pode-se considerar que as variáveis sociais e políticas não podem ser descartadas, pois muitos dos desastres naturais só têm efeitos devastadores em populações já vulneráveis. Sobre este último tema, North, Hong e Pfefferbaum (2008) ainda ressaltam o papel do tipo de auxílio disponibilizado. E Weintraub (2011), autora brasileira que atuou em emergências internacionais no Congo e no Haiti, também alerta para os desafios das ações humanitárias em condições de extrema pobreza e vulnerabilidade social, quando é difícil pensar em enfrentamento psicológico dada a precariedade de tudo.

Seguindo os critérios anteriormente mencionados no presente trabalho, optou-se por descrever os tipos de desastres mais discutidos nos artigos acessados e algumas de suas especificidades.

Há na literatura indicações sobre eventos mais fortuitos, como desastres aéreos e ataques terroristas, que incidem sobre vítimas e familiares provenientes de diferentes grupos (sociais, étnicos, religiosos), com pouca ou nenhuma relação entre si; envolvem alto nível de estresse e de perdas humanas e podem ainda, ocasionalmente, precarizar uma comunidade atingida.

Franco (2005) referindo-se a acidentes aéreos, traz a reflexão acerca dos impactos envolvidos. Trata-se de uma situação de crise com alto potencial para luto complicado, dada e especificidade das circunstâncias das perdas envolvidas. Fatores de risco para luto complicado no caso de desastres aéreos são muitos: a morte é repentina, violenta, pode ser considerada prematura pelo enlutado, há superexposição midiática e pode agregar outras perdas concomitantes à morte. A autora recomenda um atendimento de crise e de acompanhamento de longo prazo por meio de psicoterapia ou aconselhamento. Trata-se de buscar reduzir o estresse agudo causado pelo impacto do trauma, procurando também restaurar e ampliar as capacidades adaptativas.

Um atentado terrorista é tão imprevisível quanto um desastre aéreo, mas pode envolver um grupo ainda mais complexo. No caso do atentado de 11 de setembro de 2001, este envolveu cerca de 2900 vítimas fatais provenientes de 60 países diferentes e cujos familiares falavam 24 línguas diferentes (BOSS et al, 2003), trazendo o desafio das diferenças culturais e de se trabalhar com reconhecimento de corpos, como já foi mencionado. Há ainda maior probabilidade de luto complicado neste caso, dado que envolveu grande número de desaparecidos, caracterizando-se como situação de perda ambígua.

Perdas ambíguas são complexas à medida que não há evidências concretas de que a pessoa se foi: há ausência física, mas presença psicológica. As dificuldades de lidar com a perda não se referem a comprometimento psicológico do familiar, mas sim à circunstância, que é inusual. Assim, perdas que não podem ser verificadas, delimitadas ou esclarecidas, produzem alto nível de estresse e, frequentemente, imobilização (BOSS, 1999).

A ambiguidade da perda traz incerteza sobre ações, identidade, papéis e sobre o relacionamento. A perda ambígua gera confusão de identidade. Ao sofrer uma perda ambígua, a pessoa não sabe se deve ter esperança ou desistir. Walsh (2007), discutindo o atendimento a familiares das vítimas do 11 de setembro, pondera que em situações ambíguas, é difícil dar sentido aos elementos dissonantes. Assim, para trabalhar com perdas traumáticas como as que ocorreram com familiares, amigos e colegas dos mortos do atentado, torna-se necessário dar algum sentido a experiência traumática, colocá-la em perspectiva e inserir a experiência da perda e recuperação no tecido da identidade individual e coletiva. A autora descreve o

atendimento de crise nestas circunstâncias, defendendo que a abordagem sistêmica e o trabalho com grupos de multifamílias foi, naquele caso, um meio de traçar conexões e validar as perdas. Finalmente afirma que nestas circunstâncias o trabalho deve evoluir para terapia de longo prazo.

Outro dos eventos recentes de natureza complexa foi o tsunami da Ásia, que afetou, por um lado, comunidades locais e por outro, atingiu uma comunidade internacional de grande espectro. Segundo Cavanaugh et al (2008) tratou-se do desastre com maior amplitude da história recente da humanidade, pois implicou em centenas de milhares de vítimas fatais, provenientes de mais de quinze países e afetou de diversas maneiras a maior parte do mundo.

Desastres como o tsunami da Ásia, que ultrapassam as fronteiras nacionais, são de difícil manejo porque incluem assuntos de soberania nacional, além dos desafios de assistir uma diversidade de grupos raciais, étnicos, espirituais e sociais com relações históricas e políticas complexas (CAVANAUGH et al, 2008)

Broninsch et al (2006) tem artigo no qual apresentam a força tarefa alemã de crise no tsunami da Ásia, traçando as fronteiras de quais atendimentos foram necessários para os cidadãos alemães e seus familiares envolvidos na catástrofe. Foi realizada intervenção de crise para sobreviventes e seus familiares (no território alemão e no local) além de para os familiares de vítimas fatais; cuidados psicológicos para os membros dos grupos de resgate, para os grupos de identificação de vítimas e embalsamadores e para o corpo consular que passou a desenvolver tarefas totalmente não planejadas. Relatam a complexidade de apoiar a família na identificação e liberação de corpos, bem como a burocracia de repatriação de cadáveres ou dos rituais no local.

Os autores (BRONINSCH et al, 2006) ainda tratam de como lidar com a exposição pela mídia, de corpos decompostos e seu impacto nos familiares no país de origem, bem como com o desafio da quantidade de pessoas não identificadas e seus parentes se relacionando com um país, língua, normas e rituais pouco conhecidos.

Enquanto os eventos anteriores trazem a globalização das catástrofes, há eventos predominantemente locais. Dos artigos e teses selecionados para o presente trabalho (163), 92 se referiram a desastres considerados naturais: furacões, terremotos, enchentes, secas etc., indicando sua presença em todo o mundo. Em desastres naturais há maior potencial de previsibilidade, em geral toda uma comunidade é afetada e o número de perdas humanas só tende a ser grande quando há precariedade de informação ou da própria população local.

Gomes e Cavalcante (2012) consideram que a vivência repetida de uma mesma situação, como é o caso de enchentes no Brasil, pode ser reforçador de uma postura de

passividade, dado que a assistência recebida é apenas emergencial e o problema da moradia em área de risco continua a existir. Viver em um local de risco, de acordo com a fala dos entrevistados pelas autoras, significa (com)viver com a insegurança e com eventos que desestruturam a rotina.

Conforme já foi mencionado anteriormente, o abrigo rompe com o apoio social. Torlai (2010) que também trabalhou com sobreviventes de enchentes no Brasil, mostrou que o significado positivo dado às conquistas materiais por pessoas com poucas posses, dificulta lidar com a perda material. A dependência de auxílio do governo, o deslocamento para abrigos e moradias provisórias abala o sentido de autonomia e independência e rompe o potencial auxílio da rede próxima, aumentando a vulnerabilidade.

Há ainda indicações de que é possível no pós-desastre se identificar demandas não atendidas. Já foi mencionado que o cuidado pode aumentar a qualidade de vida de idosos que anteriormente tinham menos apoio comunitário (ARDALAN et al, 2011), mas outros autores ainda mostram como, no caso de terremoto no Peru, foi possível fazer do desastre natural a oportunidade de mudanças fundamentais no cuidado com a saúde mental em comunidades pouco atendidas pelo poder público: articulou-se a intervenção humanitária, ONGs, população local e governo, gerando-se resiliência social (KOHAN et al, 2011; VENTEOGEL et al, 2011).

Pode-se concluir que embora haja grande variabilidade de desastres, no que se refere ao desenvolvimento de atendimento psicológico observou-se que quando envolvem grande número de vítimas fatais, demandam a identificação de grupos mais vulneráveis, intervenções de crise para a prevenção de impactos deletérios na saúde mental e atendimentos de longo prazo para elaboração das perdas. No caso de desastres naturais, por outro lado, há que se considerar a precariedade anterior da população atingida e criar um sistema de atendimento imediato que favoreça que a comunidade afetada continue a funcionar de modo efetivo para que os membros das famílias e grupos sociais possam continuar cuidando de seus membros, em paralelo ao trabalho com os mais afetados. Para todos seria necessário um atendimento inicial que propiciasse um enfrentamento positivo.

Diferentes desastres, diferentes ações.

A pesquisa realizada identificou revisões bibliográficas acerca das possibilidades de intervenção psicológica em emergências e desastres (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008;

MARÍN; LÓPEZ-LÓPEZ 2010; ALVES; LACERDA; LEGAL; 2012) que concluem pela pouca presença de trabalhos latino-americanos. Não há revisões norte-americanas ou europeias, embora tenham sido identificados estudos críticos que traçam diretrizes para avaliação e planejamento de intervenções.

Em primeiro lugar cabe destacar que, embora todos concordem com a demanda de identificar pessoas mais vulneráveis, para as quais se torna necessário pronto atendimento, não se identificou desenvolvimento no tema. Norris et al (2002) discutem a necessidade de melhores instrumentos de avaliação, tanto de risco de TEPT quanto de outros sintomas, quer para melhor diagnóstico, quer para que se possam comparar resultados de pesquisa. No entanto, não foram encontrados estudos críticos nem meta-análises acerca de instrumentos de avaliação. Apenas se obteve quatro estudos sobre o tema; o desenvolvimento de uma nova escala para a avaliação de TEPT (HIRSCHEL; SCHULENBERG, 2010; GILLIHAN et al, 2013) com prováveis resultados promissores; uma escala para avaliar estresse agudo ao invés de TEPT (EDMONDSON; MILLS; PARK 2010) e o trabalho de Passos et al (2012) que avaliaram a estrutura de fatores da versão brasileira da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*, um dos instrumentos mais usados na área, para complementar seu processo de validação no Brasil. Reyes e Elhai (2004) analisando as ações psicológicas nas primeiras fases dos desastres mencionam a presença das intervenções em crise, psicoeducativas, *debriefing/defusing* psicológicos e aos primeiros auxílios psicológicos.

O que se observou no material analisado é que as intervenções de crise permanecem sendo recomendadas, principalmente quando o desastre envolve grandes traumas e luto, da mesma forma que as intervenções psico-educacionais e os primeiros auxílios psicológicos, que serão apresentados um pouco mais adiante. O mesmo não ocorre com as técnicas de *debriefing/defusing* psicológico.

Muitos autores questionam seu uso generalizado, principalmente na década passada e trazem críticas contundentes destacando a ausência de apoio científico sobre consequências positivas e mesmo assinalando que elas podem ser negativas (WALSH, 2007; WESSELLS, 2009; NORRIS; SHERRIEB; GALEA, 2010; NORTH, 2010; ECHEBURUA, 2010; WATSON; BRYMER; BONANNO, 2011).

O “*debriefing* psicológico” (DP) é um conceito genérico para uma classe de intervenções imediatamente após o trauma (geralmente dentro de 3 dias) que busca aliviar o estresse com o objetivo de modular ou evitar patologias de longo prazo. O “*Debriefing* sobre o Incidente Crítico Estressante” (DICE) é um método patenteado por seu criador, Jeffrey Mitchell (MITCHELL, 1983, *apud* DEVILLY; GIST; COTTON, 2006) e é um tipo

específico de DP organizado em sete fases sequenciais e para uso principalmente em grupos (DEVILLY; GIST; COTTON, 2006).

Devilley, Gist e Cotton, em artigo de 2006, descrevem que realizaram várias avaliações da técnica e neste artigo apresentam também os resultados de duas meta-análises, além de suas próprias pesquisas. Concluíram que a maioria das pessoas não fica traumatizada devido a eventos estressantes e que o DP parece ter de pequeno a nenhum impacto na prevenção de distúrbios associados ao trauma; além disso, o DICE pode exercer efeitos nocivos em certos indivíduos. Aqueles com efeitos mais negativos devido ao DP parecem ser os que mais sofreram com o trauma inicial, o que seria argumento para não usá-lo ou, ao menos, trabalhar com amostras clínicas randomizadas de modo a avaliar seus efeitos, algo que não foi realizado, pelo menos não entre o material coletado para o presente trabalho.

Watson, Brymer e Bonanno (2011) estão entre os autores que argumentam contra o uso de DP, assinalando seu efeito paradoxal e falta de evidências de suporte de consequências positivas. Apresentam em seu artigo as alternativas atuais aceitas pela comunidade científica. Descrevem que na última década houve o envolvimento de grandes agências norte-americanas e internacionais na busca de desenvolvimento de programas de ação empiricamente fundamentados. Trazem um quadro que resume os consensos alcançados que considerou-se relevante reproduzir, à medida que sintetizam os pressupostos que foram sendo descritos anteriormente e são mantidos em muitas das propostas que apareceram entre os artigos encontrados para esta Dissertação.

Quadro 4 - Consenso dos especialistas acerca de intervenções em saúde mental nos desastres.

Ser proativo ou estar preparado, ser pragmático, flexível e planejar o suprimento de serviços adequados, segundo as diferentes fases do processo de recuperação

Promover um sentido de segurança, conexão, calma, esperança e eficácia em todos os níveis “Não cause dano” (*Do no harm*) tendo o cuidado de:

- Participar na coordenação de grupos de modo a aprender com os outros e minimizar a duplicação ou lacunas nas respostas
- Gerar intervenções com base nas necessidades e disponibilidade de recursos locais
- Comprometer-se com a avaliação, abertura ao escrutínio e à revisão externa
- Considerar os direitos humanos e ter sensibilidade cultural
- Estar atualizado no que se refere às evidências de pesquisa acerca da efetividade das práticas de intervenção.

Maximizar a participação da população local afetada; identificar e construir ações baseadas nos recursos e capacidades locais (família, comunidade, escola e amigos)

Integrar as atividades e programação nos sistemas maiores existentes de modo a reduzir desperdício, alcançar o maior número de pessoas, ser mais sustentável e reduzir a estigmatização.

Usar uma abordagem de cuidado em pirâmide: as respostas iniciais incluem ajuda em termos práticos e apoio pragmático; e serviços especializados são reservados para aqueles que requerem mais cuidados

Oferecer apoio em multicamadas (i. é, trabalhar com a mídia e a internet para preparar a comunidade maior; facilitar apropriadamente as práticas curativas comunitárias, culturais, tradicionais, espirituais e religiosas)

Oferecer um espectro de serviços que inclua:

- Garantir as necessidades básicas
- Avaliar as necessidades no nível individual (triagem, identificação de risco, monitoração e diagnóstico formal) e comunitário (identificação de necessidades e acompanhamento, programa de avaliação)
- Primeiros socorros psicológicos e suporte para desenvolvimento de resiliência
- Disseminar informação
- Garantir assistência técnica, consultoria e treinamento para as equipes locais

Garantir tratamento para os indivíduos com angústia e comprometimentos no funcionamento psicológico.

Cavanaugh et al (2008) fazem discussão sobre planejamento e gerenciamento de grandes desastres e esclarecem muitos dos temas apresentados no quadro acima. No que se refere ao atendimento piramidal descrevem que se tratou de organização a partir dos esforços da *Inter-Agency Standing Committee (IASC)*, composto por representantes da ONU e parceiros de agências humanitárias que autorizaram uma força tarefa liderada pelos psicólogos Mark van Ommeren (representando a OMS) e Michael Wessells (representando a Inter-Action, um consórcio de agências humanitárias). Formularam um guia “*Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*” que foi lançado ao final de 2007 e, Cavanaugh et al (2008), é considerado o mais confiável padrão de apoio disponível no presente.

Wessells (2009) apresenta a pirâmide de intervenção do guia. Argumenta que, reconhecendo a necessidade de uma abordagem sistêmica e holística, o guia da IASC se traduz em um sistema de camadas de apoio, definindo uma pirâmide de intervenções. A base da pirâmide, que beneficia o maior número de pessoas, se refere ao estabelecimento de segurança e acesso a serviços básicos como alimento, água, abrigo e cuidado de saúde. Ter a garantia de suprimento destas necessidades básicas alivia significativamente a angústia e estimule a manifestação do apoio psicossocial informal existente na população afetada.

O segundo nível consiste no apoio à família e à comunidade, de modo a ajudá-las à resolver as separações, interrupções e deslocamentos que devem ocorrer. O terceiro se refere ao apoio a grupos específicos de pessoas afetadas (p.ex. que precisem de cuidados físicos). O topo da pirâmide consiste no apoio especializado para pessoas que tenham sido severamente afetadas, incluindo as que tenham problemas pré-existentes.

Outra das redes que fazem parte do consenso de especialistas descrito por Watson, Brymer e Bonanno (2011) é o *National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)* criado em 2001 nos Estados Unidos da América do Norte, com o objetivo de definir padrões de cuidado e garantir o acesso a serviços para crianças sujeitas a trauma e suas famílias e comunidade. Trata-se de rede mais ampla do que somente atendimento aos sobreviventes de desastres, estendendo-se a qualquer tipo de emergência que afete crianças e adolescentes. A NCTSN tem um grande site (www.nctsn.org) no qual disponibiliza muitos de seus produtos.

Baseado no artigo de Pynoos et al (2008) pode-se perceber que o NCTSN desenvolveu material de vídeo para trabalhar com luto traumático para crianças e famílias, primeiros socorros psicológicos, alternativas de atendimento de crise pós-desastre, caixa de material educacional para que profissionais possam ensinar crianças acerca do impacto do trauma no desenvolvimento infantil, além de outros materiais para as demais situações

traumáticas e sua interface com a infância e a adolescência. Na NCTSN há um subgrupo que trata especificamente da realização de pesquisas e avaliação dos programas de intervenção, bem como de treinamento de profissionais (PFEFFERBAUM et al, 2010).

Os Primeiros Socorros Psicológicos (*Psychological First Aid*) é a intervenção nos primeiros momentos de um desastre ou emergência mais citado pelos autores aqui analisados, aparecendo como uma alternativa ao DB e a outras intervenções pouco avaliadas ou fundamentadas empiricamente.

O termo Primeiros Socorros Psicológicos (PSP) foi cunhado por Drayer et al, em 1954, em um manual escrito para a Associação Norte-Americana de Psiquiatria, como um guia de orientação para oferecer apoio a comunidades afligidas por desastres³¹. Embora o sentido de oferecer apoio inicial apareça como propósito dos autores que o criaram, na atualidade seu delineamento é mais complexo.

De acordo com Reyes e Elhai (2004), o termo hoje ressalta a analogia entre os primeiros socorros físicos e a possibilidade de um pronto atendimento para saúde mental. Embora já fosse usado, sua configuração atual data de 2006, produto dos esforços conjuntos de 25 especialistas em saúde mental e sobreviventes de desastres capitaneados pelo NCTSN e o *National Center for Posttraumatic Stress Disorder* (VERNBERG et al, 2008).

O PSP é um guia e um programa de ação baseado em evidências que disponibiliza apoio psicossocial a crianças, adolescentes, adultos e famílias imediatamente após desastres, crises, terrorismo e emergências sociais com a finalidade de “reduzir as dificuldades iniciais causadas por um evento catastrófico e fomentar o funcionamento adaptativo de curto e longo prazo” (VERNBERG et al, 2008, p.382). Foi organizado a partir dos seguintes orientadores: ser consistente com as evidências de pesquisa sobre risco e resiliência após o trauma; ser aplicável em situações de campo; ser sensível e apropriado aos diferentes momentos do ciclo vital; ser culturalmente sensível e aplicado de maneira flexível.

As estratégias do PSP são organizadas em oito módulos descritos como ações centrais (*core actions*) que devem ser individualizadas em função das demandas dos sobreviventes e do contexto dos serviços disponíveis. Baseiam-se na teoria e pesquisa sobre estresse, enfrentamento e adaptação acerca das decorrências iniciais a eventos extremos.

A seleção das estratégias e técnicas é baseada em amplas evidências empíricas sobre como facilitar a adaptação positiva a uma situação potencialmente traumática que foram delimitadas por Hobfoll et al (2007). As oito ações centrais PSP são: contato e compromisso;

³¹ <<http://www.aipc.net.au/articles/what-is-psychological-first-aid/>>. Acesso em 21/01/2014.

segurança e conforto; estabilização; coleta de informações sobre necessidades e preocupações imediatas; assistência prática; conexão com apoio social; informações sobre enfrentamento e, por fim, vinculação com serviços colaborativos.

As estratégias podem ser estendidas a socorristas e afins e o Guia também conta com informações sobre autocuidado antes, durante e depois do evento. Uma das vantagens deste instrumento é o amplo detalhamento das ações e pressupostos norteadores, favorecendo um treinamento breve e o uso não exclusivo por profissionais de saúde mental.

Outro fator a ser destacado é que sua implantação multiplica e instrumentaliza a própria comunidade a desenvolver as ações propostas, ampliando o protagonismo e o enfrentamento positivo. É sustentável por ser de baixo custo, podendo ser desenvolvido em qualquer lugar onde os sobreviventes estejam: abrigos, escolas, estádios, barcos, tendas etc. (Ruzek et al, 2007).

Para Vernberg et al (2008), embora o PSP seja baseado em evidências e consenso de especialistas, é importante continuar realizando pesquisas sistemáticas sobre sua validação e aplicabilidade em diferentes tipos de eventos, culturas, faixas etárias e condições específicas.

O PSP foi usado após o Katrina (VERNBERG et al, 2008) e no terremoto do Haiti (SCHAFER; SNIDER; VAN OMMEREN, 2010), tendo se mostrado estratégia altamente promissora e foi adotado pelas grandes agências humanitárias internacionais. Garcia e Mardones (2010), tratando do terremoto do Chile em 2010, indicam que o PSP mostra-se efetivo nos primeiros momentos de um desastre, pois garante condições básicas de enfrentamento.

Enquanto o PSP é estratégia que não exige formação em psicologia, os atendimento de crise a têm como base. O atendimento de crise, proposta inicial de Caplan (1990) como meio de reduzir o estresse associado aos desastres, permanece como recomendação, principalmente quando há grandes perdas envolvidas. Já foi mencionado como meio de tratar familiares e sobreviventes de desastres aéreos ((FRANCO, 2005), de atentado terrorista (WALSH, 2007), grandes enchentes (RIZZUTO; MALONEY, 2008) e grandes desastres internacionais como o tsunami da Ásia em 2004 (BRONISCH et al, 2006).

As intervenções em crise permanecem sendo praticadas segundo diferentes perspectivas teóricas (ROBERTS, 2000). Alguns autores mostram-se favoráveis a modelos cognitivos comportamentais (SÁ; WERLANG; PARANHOS, 2008; ECHEBURUA, 2010; WATSON, BRYMER E BONANNO, 2011), outros se mostram favoráveis aos procedimentos sistêmicos e narrativos (GARCIA; MARDONES, 2010, WALSH, 2007). Ainda outros referem resultados positivos com o uso de *Eye Movement Desensitization and*

Reprocessing - EMDR (KONUK et al, 2006; ADÚRIS; BLUTHGEN; KNOPFLER, 2011), embora não haja avaliação sistemática de suas consequências.

Cabe ainda destacar o trabalho das Brigadas psicológicas do Peru (KUDÓ et al, 2005) que realizaram intervenção de crise com crianças, adolescentes e adultos sobreviventes, além de membros do poder local, como resposta ao terremoto de 2001 no sul do país. Foi a organização de esforços do Departamento de Psicologia da PUC-Peru que se dirigiu às zonas afetadas. O artigo descreve toda a intervenção, desde o planejamento até a avaliação de resultados. Os pressupostos do trabalho se referiam à facilitação da elaboração da experiência traumática por meio da contenção e escuta, bem como a ativação e reforço dos recursos pessoais e da comunidade para manejar a situação de crise, tendo-se privilegiado o trabalho em grupos. A avaliação final indicou o alívio sintomático, diminuição de ansiedade em crianças e adolescentes, bem como a facilitação para solução de conflitos de interesse da comunidade e fortalecimento de seu funcionamento. Também propiciou a divulgação positiva das ações de psicólogos.

Finalmente, cabe mencionar o trabalho dos psicólogos chilenos no enfrentamento do terremoto do Chile em 2010, descrito em muitos dos artigos do volume (28) de dezembro de 2010, do periódico *Terapia Psicológica*. Tratou-se de ação coordenada pelo Colégio de Psicólogos do Chile e realizada por profissionais voluntários de várias faculdades de psicologia do país. Loubat, Fernandez e Morales (2010) descrevem o trabalho de atendimento de crise para prevenção e contenção emocional, por meio do qual se deu atenção individual a 201 pessoas além de terem sido realizados 21 encontros de grupos com mais 332 outras, realizadas ações com profissionais de saúde e escola, em prevenção e psico-educação via rádio, espaços públicos, salas de espera e porta a porta, em 36 lares. Tratou-se de um trabalho radial que favoreceu o enfrentamento positivo e a delimitação de desafios de formação para países latino-americanos como o Chile, propensos a desastres naturais em populações vulneráveis.

No que diz respeito ao atendimento psicoterapêutico de longo prazo, embora haja consenso de sua demanda em situações de grande impacto, para indivíduos mais afetados ou com vulnerabilidades prévias, não há consenso sobre quais técnicas e abordagens são mais efetivas, conforme já mencionado, e não se verificaram relatos sobre o tema, pelo menos com o uso dos termos de busca definidos nesta Dissertação.

Quanto aos trabalhos de prevenção primária, além do material disponível e capitaneado pelo *National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN) descrito anteriormente, verificaram-se algumas propostas. Boon et al (2012) avaliaram a capacidade das escolas na

Austrália de lidarem com a preparação para desastres, e particularmente para crianças com dificuldades, argumentando em favor do desenvolvimento de programas específicos de evacuação e prontidão. Além desta proposição há indicações de outros programas para escolas (MADRID et al, 2008; DEAN et al, 2008; SAHIN; YILMAZ; BATIGUN, 2011; HAMIEL et al, 2013). Mas não são descritos os programas, indicam-se a necessidade ou efeitos promissores.

O que se pode concluir é que no momento, há grande preocupação com a avaliação dos efeitos das intervenções e seu acompanhamento longitudinal. A ação para os primeiros momentos mais indicada, à medida que consideram todos os consensos atuais da área, é o PSP, enquanto as ações iniciais e de médio prazo para prevenção de psicopatologias e voltadas para elaboração de impactos são as intervenções de crise.

Há recomendações para o desenvolvimento de atendimentos de longo prazo na própria comunidade (WATSON; BRYMER; BONANNO, 2011), para a construção e disponibilização de materiais para apoio comunitário e familiar na forma de guias, como os “*Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*”, bem como os do *National Child Traumatic Stress Network* e da APA, que tem a particularidade de ser bilíngue (inglês e espanhol) e destinado tanto para psicólogos quanto leigos. Sugere-se ainda o desenvolvimento de material educacional, principalmente no que se refere à evacuação em áreas de risco.

Deve-se cuidar da saúde mental e da formação do psicólogo

Embora na década anterior tenha havido preocupação com a saúde mental de socorristas e ainda se verifiquem estudos sobre os mesmos (MCCASLIN et al, 2005; BRUCK, 2007; GREGERSON 2007; LONG; WONG, 2012), a necessidade de cuidar do profissional de psicologia, sua saúde mental e formação para atuar em desastres e emergências, dominou a literatura analisada.

A APA, em 2008, fez uma chamada para relatos de experiência nos periódicos *Professional Psychology: Research and Practice* e *Training and Education in Professional Psychology* tendo-se verificado 18 artigos na primeira revista e mais quatro na segunda. Os relatos no *Professional Psychology: Research and Practice* se referem “às lições aprendidas com” ou “prioridades” para os psicólogos, baseadas no atendimento ao Katrina.

A coleção dos 18 artigos da primeira revista mencionada, segundo a nota do editor, apresenta as respostas pessoais e profissionais dos psicólogos ao extraordinário impacto deste desastre. Os profissionais descrevem uma variedade de papéis, ações, envolvimento, preparação psicológica e reações relativas ao imediato desastre e aos meses seguintes. A perspectiva subjacente à chamada foi de que as lições aprendidas a partir do Katrina poderão ajudar os psicólogos a estar mais bem preparados para servir ao público e a seus colegas.

Os artigos como um todo evidenciam o impacto das diferenças culturais e religiosas, os sintomas de estresse, a desorganização pessoal e o questionamento da formação, o como voltar para o próprio lar ou atender clientes privados cujas dificuldades pareciam menores, as dificuldades em tratar com o tipo de perdas e desamparo observados e a carência de atendimento à saúde mental pregressa na população, lidar com os questionamentos pessoais de longo prazo. Todos se referem às demandas de formação e supervisão para atendimento em desastres e emergências.

Rosser (2008), por exemplo, organiza as “lições aprendidas” a saber: em caso de atender em um desastre vá como membro de um grupo e saiba sua missão; prepare-se para frustração e para o inesperado; pense no longo prazo e aja no curto; faça o que puder para não causar danos; tenha claras as motivações para atuar; avalie os impactos com instrumentos precisos; encoraje e apoie os demais profissionais envolvidos a realizar uma escuta continente; desenvolva ações de validação e referenciais para conter ansiedade; apoie os cuidadores locais para se manter cuidando; ative seu próprio sistema de apoio e contenção pessoal; adapte seu estilo de intervenção ao modo de ser local; é necessário rever a formação profissional do psicólogo, particularmente a graduação.

Muitos dos relatos remetem a mudanças significativas no mundo presumido (PARKES, 2009) dos profissionais. Morris (2008) era docente, pesquisadora e clínica em Nova Orleans e descreve as implicações múltiplas de suas próprias perdas (casa, posses) e em suas preocupações com o ensino, pesquisa e atendimento, antes e depois do Katrina. Refere que experimentar um evento traumático muda a pessoa. Modificou-a como profissional à medida que modificou sua identidade e maneira de ver o mundo.

Em direção semelhante, Aten et al. (2008) ressaltam a relevância de oferecer não só supervisão para o atendimento em desastres, como também de oferecê-la no sentido de favorecer o enfrentamento das consequências emocionais e nas mudanças na visão de mundo dos profissionais cuidadores. Elenca oito passos que os supervisores podem desenvolver de modo a favorecer a saúde mental de seus supervisionandos: estabelecer um protocolo de emergência; desenvolver um modelo de estratégias positivas de auto-cuidado; reconhecer a

experiência do desastre ao mesmo tempo em que se mantêm as fronteiras precisas de funcionamento profissional; oferecer formação e treinamento em desastres; estimular atividades de auto-cuidado; monitoramento contínuo e apoio dos esforços de cuidado pessoal; monitorar os desdobramentos de dificuldades pessoais; intervir caso haja identificação de dificuldades.

Quanto à formação, deve-se destacar o fato de que há grandes diferenças curriculares entre os países de modo que se retratará um conjunto mínimo de recomendações.

Identificam-se propostas de módulos para profissionais já formados, basicamente clínicos. Watson, Brymer e Bonanno (2011) indicam algumas experiências posteriores ao atentado terrorista de 11 de setembro de desenvolvimento profissional baseado em combinação de informação, atendimento supervisionado e atendimento comunitário, realizados na cidade de Nova Iorque destinado a psicólogos com formação clínica, ou seja, algo como cursos de aperfeiçoamento.

O programa *Child and Family Disaster Research Training and Education* (DRT) que faz parte do NCTSN, apresenta um programa específico na área composto de vinte e dois módulos dirigidos para a formação em intervenção e pesquisa para as necessidades de crianças, adultos, família e comunidade no caso de desastres. O currículo cobre aspectos clínicos, de pesquisa e de saúde pública em saúde mental de desastres (PFEFFERBAUM et al, 2010).

Cabe mencionar que a Universidade de South Dakota tem um instituto de saúde mental em desastres, no qual há mestrado e doutorado específicos para a área e traz formação em atuação clínica e pesquisa. Schulenberg et al (2008) descrevem que várias associações estaduais de psicologia norte-americanas oferecem módulos de treinamento profissional em saúde mental dos desastres.

Analisando estas experiências, os autores acima mencionados (SCHULENBERG et al, 2008) concluem que os temas a serem trabalhados em um treinamento na área devem ser: uma visão histórica do campo; o papel dos profissionais em saúde mental na resposta a desastres; as respostas típicas e desadaptadas em vários tipos de desastres; as populações vulneráveis como crianças, idosos e portadores de doenças mentais; estratégias de intervenção em crise (curto-prazo) e abordagens de tratamento (longo-prazo) com fundamentação empírica; temas éticos de psicologia dos desastres para comunidades rurais, multiculturais, interculturais e internacionais; ênfase em cuidar da saúde mental dos socorristas que vivenciam alto impacto por trabalharem em condições extremas; guia para trabalhar com a

mídia focando aspectos de postura para falar e apresentar informação à população; necessidades e temas de pesquisa com as populações afetadas.

A APA (2006) e a EFPA (SAARI et al, 2011) questionam se a área deva ser considerada como uma especialização ou um aspecto de formação geral em psicologia, dado o crescente envolvimento dos psicólogos nas respostas aos desastres e emergências. Ambas discutem que, apesar do consenso de especialistas acerca de sua relevância como conteúdo de graduação, só é possível recomendar, dada a natureza autônoma das Universidades na escolha e condução de seus currículos.

Nesta direção, observou-se que, a despeito das discordâncias a respeito de se o atendimento a desastres seria uma especialização, aperfeiçoamento, mestrado ou doutorado, há um consenso de que se torna urgente a introdução ou fortalecimento dos seguintes temas no currículo de graduação: compreensão acerca dos efeitos dos desastres sobre a saúde mental (trauma, TEPT, depressão-ansiedade); impactos de luto traumático; temas de intervenção em crise; promoção de saúde, resiliência e enfrentamento positivo; cuidado com o cuidador (APA, 2006; ORTIZ BARRERA, MANZO GARCIA, 2010; NORTH, 2010; WATSON, BRYMER E BONANNO; 2011; SAARI et al, 2011; CIAMPI, 2012).

B2 – Categorias emergentes

Tecnologias de informação e comunicação

Watson, Brymer e Bonanno (2011) terminam seu artigo acerca de intervenções pós-desastres indicando que, no momento, a criação de novas maneiras de realizar atendimento e aconselhamento por meio de alternativas oferecidas pela internet pode ser um modo de atingir grupos com menor capacidade de acesso aos espaços tradicionais de apoio à saúde mental, ou que vivam em locais onde estes não estão disponíveis, ou mesmo para aqueles que tenham dificuldade em compatibilizá-los com um cotidiano estafante.

Realmente, a utilização de computadores no cotidiano é crescente no mundo. Qualquer atividade humana na atualidade é mediada pelo que se denominam Tecnologias de informação e comunicação (TIC). No levantamento realizado no presente trabalho, no entanto, a ocorrência de pesquisas acerca deste tema em desastres e emergências ainda é pequena. Obteve-se poucas indicações e todas muito recentes, mas que se considerou relevante destacar dado que, particularmente os desastres naturais, como enchentes,

deslizamentos, tornados, furacões, terremotos, podem ser previstos em maior ou menor escala, sendo uma demanda central informar os indivíduos de modo efetivo para que busquem proteção e abrigo.

Gheyntanchi et al (2007), já mencionados, chamam a atenção para as consequências das falhas de comunicação quando do Katrina e Norris, Sherrieb e Galea (2010) também se referem à demanda de informação para prevenir impactos físicos na evacuação de vítimas. Além disso, todos os autores que trabalham com enfrentamento positivo destacam a importância das informações precisas sobre nível de impacto e consequências como meio de controlar o desamparo e favorecer empoderamento comunitário. Além disso, indicam possibilidades de disponibilização de material para elaboração como os dos *sites* e guias indicados no tema anterior, e mesmo de desenvolvimento de atendimentos *on-line* como sugerido no primeiro parágrafo.

As poucas ações acessadas mostram diferentes facetas promissoras. Quanto à disponibilização de informações, Schmalzried, Fallon Jr. e Harper (2012) avaliaram os *websites* existentes sobre comunicação, informação e material sobre desenvolvimento de *website* para desastres e emergências, sugerindo que os materiais *on-line* podem reforçar os esforços de comunicação, organizando as informações disponíveis. Quando há mais TICs disponíveis, aumenta a probabilidade de os indivíduos afetados se conectarem com serviços como, por exemplo, a Cruz Vermelha, de modo a receber informação e outros serviços destas organizações, tornando-se relevante criar cada vez mais material confiável.

Martins (2013) realizou mestrado no qual estudou múltiplos meios de informação de risco de desastres naturais para promover a circulação de informações e engajamento de atores em ações de caráter preventivo. Dentro outros, mostrou como os radioamadores se organizam em redes flexíveis de compartilhamento de informação atualizada o que, em cenários de imprevisibilidade, facilita a redução de danos.

Há também o uso de simulações. Scheel et al (2012) descreveram o uso de cenário virtuais para acessar parâmetros psico-fisiológicos durante eventos estressores (emergências virtuais) tendo obtido que as simulações produzem mudanças subjetivas e fisiológicas típicas de estresse, o que pode ser usado tanto para pesquisa, quanto para treinamento e preparação de equipes. Embora usando notícias de telejornais, Ortiz et al (2011) também obtiveram que crianças e adolescentes reagem dentro dos parâmetros de estresse de desastres a situações simuladas, o que para os autores seria importante meio de treinamento de enfrentamento em zonas propensas a furacões.

Finalmente, há a utilização de programas de treinamento de equipe *on-line* com resultados promissores (ATEN et al, 2010; BEATON et al, 2012; ATEN et al, 2012). Aten e Topping (2010) que também já foram mencionados anteriormente no que se refere ao desenvolvimento social e amparo a diversidade cultural e sub-cultural, desenvolveram *website*, treinamento *on-line* e fóruns de discussão, de modo a capacitar, difundir e multiplicar informações para membros de comunidades religiosas, de modo que estes funcionem como apoio pelo menos nos primeiros momentos de um desastre.

Pode-se considerar inclusive a importância da informação qualificada quando se remete ao impacto sistêmico de um evento que tem fronteiras pouco delimitáveis (BRONINSCH et al 2006). Em todos estes contextos o uso de TICs pode ser de grande valia e espera-se que as experiências aqui descritas possam ser o início do fortalecimento destas ações nas próximas décadas.

Fatores humanos

No desenvolvimento desta dissertação foi possível perceber que ao longo dos anos a área da psicologia das emergências e desastres foi evoluindo da prevenção das patologias para uma postura clínico-comunitária voltada para a promoção da saúde. Refletindo sobre todas as inadequações relativas ao enfrentamento do Katrina, Gheyntchi et al (2007), ponderam que a área da psicologia dos desastres vive um momento de ser realimentada por outras áreas gerais da psicologia, de modo a amplificar a compreensão dos temas que denominou-se aqui de fatores humanos, ou seja, como as pessoas em geral se comportam, tomam decisões e são ou não altruístas frente a eventos que fogem de seu controle. Foi nesta direção que foram agrupadas as pesquisas de psicologia básica, bastante recentes, que foram produzidas com o uso dos termos de busca ‘desastres e emergências’.

Há indicações de como as pessoas se comportam frente às demandas de evacuação. Rod, Botan e Holen (2012) afirmam que a disponibilidade para seguir instruções de evacuação em áreas de risco na Noruega, era maior entre os moradores de áreas com histórico de desastres, que tinham grau universitário, boa relação com *experts* e consideravam as informações sobre como se comportar como indicadores úteis. Fishbach, Henderson e Koo (2011), bem como Vollhardt e Staub (2011), observaram poucos comportamentos de pânico apontando que as motivações e identificação com um grupo favorecem o envolvimento em objetivos comuns. No entanto, a mera participação em uma evacuação de desastres naturais

permite criar esta identificação, o que indica que este processo é importante para o desenvolvimento de ações comunitárias.

Teigen e Jensen (2011) analisaram o significado dado à sobrevivência, de modo a verificar que seja atribuindo-a à sorte por sobreviver, ou ao azar de ter vivido o desastre, as pessoas tendem a ser altruístas; por outro lado, Sacchi, Riva e Branbilla (2013) concluíram que, quando os indivíduos humanizam a natureza, verifica-se uma redução de sua disponibilidade e intenção de ajudar sobreviventes; além disso, Roberts (2013) pondera que a herança discriminatória em agências de segurança norte-americanas influencia a condução de respostas aos desastres e aos sobreviventes de grupos tradicionalmente marginalizados.

Ainda no que tange ao comportamento de equipes de respostas a desastres, Prati et al (2013) estudaram as diferenças culturais e organizacionais na predição e percepção de risco entre bombeiros europeus, observando diferenças marcantes entre italianos e alemães: os primeiros percebiam os desastres como mais potencialmente perigosos, o que os dispunha a responder mais rapidamente. Finalmente, Guthrie (2012) também trabalhou com equipes para emergências nos jogos olímpicos de inverno no Canadá tendo concluído que manter o nível de prontidão estava associado à dinâmica positiva do grupo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi delimitar os pressupostos, conceitos e práticas que caracterizam a psicologia das emergências e dos desastres na última década.

De início, cabe indicar que a organização do trabalho, por meio de uma pesquisa bibliográfica, permitiu ao autor se apropriar da compreensão de que a prática da pesquisa, de qualquer natureza, exige um conjunto de decisões de modo a melhor caracterizar o fenômeno estudado e que, mesmo optando por uma abordagem descritiva, as escolhas e a construção, e por consequência o fenômeno relatado, são, pelo menos, co-construídos entre o pesquisador e as informações que ele coleta.

Foi possível acessar uma expressiva quantidade de material produzido em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Confirmou-se o que fundamentou a proposta inicial: a produção ao redor do mundo é distribuída de forma desigual, embora os desastres não reconheçam as fronteiras das nações. Usando os termos propostos, com os limites de se buscar artigos em periódicos de reconhecida qualidade na área, houve preponderância de material norte-americano. Devem-se comentar ao menos dois aspectos a este respeito.

Em primeiro lugar, há o fato da hegemonia da produção norte-americana no mundo. Mas observou-se que a maioria dos trabalhos norte-americanos traziam créditos ao financiamento das Universidades de seus autores e de Fundações, diferentemente do que se observou na produção dos demais países. É de se esperar que a presença de fundos para a pesquisa garantam a maior produção, e a existência de bons periódicos favoreça a divulgação.

As limitações do autor no que se refere a línguas obviamente influenciou a busca. Pode-se imaginar que haja mais artigos em línguas francesa, alemã e outras, mas considera-se que, como a Europa acabou organizando seus esforços em torno da EFPA, que tem periódicos em língua inglesa, ao menos parte de sua produção foi acessada. Mesmo com esta deficiência, observa-se a preocupação com o enfrentamento aos desastres por pesquisadores de todo o mundo e foi bastante interessante perceber que as perspectivas são semelhantes, alinhadas aos mesmos pressupostos.

Optou-se por uma organização basicamente descritiva do material acessado, à medida que esta possibilidade melhor trataria o objetivo proposto. Com diferentes termos sendo usados (psicologia dos desastres e das emergências, dos desastres internacionais, dos desastres, crise e trauma ou congêneres), identificaram-se basicamente convergências.

Frente a desastres e emergências, a Psicologia tratará estas situações a partir da compreensão das consequências do impacto ambiental sobre os grupos e indivíduos. Consequências estas que se manifestam na saúde mental dos sobreviventes, tanto quanto na desorganização de seu entorno material e psicossocial, ou seja, seu suporte à vida. Os efeitos são imediatos, de curto, médio e longo prazo, devendo-se conceber os desastres como fenômenos sistêmicos, à medida que envolvem vários atores sociais, vítimas, sobreviventes, suas redes de pertinência, os trabalhadores que operam no socorro e resgate, e a opinião pública. Instala-se uma situação de crise que implica em perdas objetivas e subjetivas, bem como suas reverberações complexas ao longo tempo.

Pôde-se compreender que a área da psicologia das emergências e dos desastres se refere a uma convergência entre a saúde mental e a psicologia comunitária, com preocupação marcante ao respeito das diferenças culturais e sub-culturais.

Foi possível identificar que os conceitos utilizados na atualidade são, em sua maioria, os mesmos já encontrados na literatura da década anterior: estresse associado ao trauma, trauma, psicopatologias (TEPT, depressão, ansiedade, pânico, abuso de substâncias), enfrentamento, bem como seus desdobramentos como condições de risco, vulnerabilidade, proteção, resiliência. Estes conceitos se referem à prevenção e/ou promoção de saúde, quer pela identificação de grupos e condições de vulnerabilidade, quer no desenvolvimento de ações e intervenções. O que se constatou são mudanças de ênfase e principalmente consolidações no que se refere a como e para que atuar.

A construção dos capítulos teóricos iniciais com uma perspectiva evolutiva, mesmo que de modo esquemático, dado que o interesse central não era historiar a área, proporcionou uma noção de como esta foi sendo construída em termos de ações e conceitos. Isto enriqueceu a perspectiva do autor, de modo a entender melhor como determinados conceitos foram sendo questionados, seu impacto e a compreensão de ênfases e preocupações.

Há uma certeza entre os autores de que se torna fundamental trabalhar sob uma perspectiva de ação baseada em evidências, o que traz consigo a demanda de avaliar o que se faz no curto e longo prazo, bem como de se desenvolver um questionamento ético contínuo acerca do impacto das ações que podem produzir tanto a submissão quanto à autonomia.

No desenvolvimento desta Dissertação foi possível se perceber que ao longo dos anos a área da psicologia das emergências e desastres foi evoluindo da prevenção das patologias para uma postura clínico-comunitária voltada para a promoção da saúde. Observou-se o deslocamento da importância anteriormente dada ao TEPT para a demanda de identificação de outras psicopatologias, mas principalmente a geração de condições de

enfrentamento positivo, por meio do fortalecimento da rede social dos envolvidos. De fato, pode-se verificar um deslocamento de ênfase do indivíduo traumatizado para a compreensão do mesmo em seu contexto, de modo a favorecer alternativas de empoderamento individual e social.

Considera-se que as circunstâncias gerais de desastres e emergências devam ser compreendidas numa perspectiva contextualizada, envolvendo a reflexão sobre a demanda de sensibilidade às diferenças na construção do significado de grupos e nações. Um desastre é uma situação anormal que trará respostas desadaptadas, ao menos por um período de tempo. Mas é necessário analisar e antecipar as possibilidades positivas de saúde mental decorrentes da vivência de eventos como desastres e grandes emergências e, ao contrário, o potencial de dano possível associado a ações que, se bem intencionadas, possam trazer consigo a desconsideração dos valores e condições particulares de grupos e indivíduos, e mesmo a submissão a normas científicas dominantes.

Nesta direção é que parece se enquadrar o destaque dado ao atendimento dos Primeiros Socorros Psicológicos, uma das ações de apoio psicossocial recente, que incorpora a demanda de sensibilidade cultural e fundamentação empírica, desde sua origem.

Verificou-se um movimento dialético entre eventos, ações nos eventos e o questionamento das consequências, percebendo-se uma forte disposição em direção ao desenvolvimento de ações que sejam baseadas em evidências. Nesta perspectiva concorda-se com os autores que apontam a demanda atual da área se realimentar da psicologia em geral, no sentido de uma compreensão mais acurada do comportamento humano em situações críticas, bem como do desenvolvimento de melhores instrumentos de avaliação de efeitos de curto, médio e longo prazo que favoreçam não só o diagnóstico precoce, mas também a melhor comunicação entre os resultados de pesquisa.

O estudo realizado permitiu compreender que o papel dos psicólogos em relação ao enfrentamento dos desastres é muito extenso. Diz respeito ao planejamento de protocolos, treinamento e cuidado com socorristas; planejamento de ações de evacuação, considerando particularidades de grupos como crianças e adolescentes, idosos e portadores de necessidades especiais; desenvolvimento de programas educacionais para populações que vivem em áreas vulneráveis; atuação no planejamento e na dinâmica de situações de abrigo, favorecendo a qualidade de vida; aprimoramento da comunicação com a mídia e com a população em geral, sob condições de emergências; ações de apoio desde os primeiros momentos de um evento; intervenções de crise para os que vivenciam maiores perdas e impactos; fortalecimento da família, comunidade e outros equipamentos de apoio social

(igreja, escola) para que permaneçam executando sua função de cuidadores; atendimento em aconselhamento e psicoterapia de médio e longo prazo para os indivíduos mais atingidos. Ou seja, atuar no antes, nos primeiros momentos de impacto, no auge da crise e no longo prazo.

As reflexões anteriores também conduzem às demandas de cuidado para com o profissional de saúde mental que atua em desastres e emergências, de modo que possa identificar as consequências sobre sua própria saúde e os desafios da formação na área. A este respeito concorda-se com o alerta de todos os autores pesquisados de que, embora parte das ações nos desastres exijam formação especializada, é necessário que os currículos de graduação deem destaque aos impactos dos desastres sobre a saúde mental de indivíduos e grupos e que ações de atendimento como terapias de crise seja exercitadas.

Supõe-se que nas próximas décadas também deva crescer a relevância dos materiais *on-line* para a área. Todos os autores que se alinham a uma perspectiva de favorecer o enfrentamento positivo destacam a importância das informações precisas sobre nível de impacto de um desastre e suas consequências, no sentido de controlar o desamparo e promover o empoderamento comunitário. Além disso, há a possibilidade de disponibilização de material para elaboração, como os dos *websites* e guias que começam a emergir. Pode-se pensar nos atendimentos *on-line*, nas simulações para preparação e treinamento de equipe, supervisão à distância e tudo o mais que a falta de fronteiras da internet possa trazer.

Também foi muito importante para o autor do presente trabalho observar a contribuição expressiva de psicólogos clínicos para o desenvolvimento e reconhecimento das contribuições da psicologia para o enfrentamento dos desastres e emergências.

Formado pela PUC-SP, aprendeu e praticou uma Psicologia Clínica que é muito mais do que a psicoterapia e a prática dos consultórios e *settings* terapêuticos, embora fora dos muros desta Instituição nem sempre tenha se deparado com este reconhecimento das ações possíveis. Re-formado pelo Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Clínica da PUC-SP cuja vocação se traduz em “priorizar a produção do conhecimento referente à intervenção, prevenção e promoção de saúde de todo o tecido social” (Proposta do Programa), foi gratificante identificar concepção semelhante como pressuposto das ações dos praticantes da área ao redor do mundo.

Mas não se pode terminar este trabalho sem retomar a preocupação acerca de como está a psicologia das emergências e dos desastres no Brasil. Destacou-se, no início destas Considerações, tanto a maior prevalência de estudos norte-americanos, quanto a produção dispersa em todo o mundo.

A produção latino-americana é menos expressiva numericamente, principalmente considerando que foi acessada por dois instrumentos de busca que varrem um largo espectro de produção. Talvez se os critérios de inclusão tivessem sido menos rígidos ter-se-ia conseguido maior quantidade de material, mas haveria perda de qualidade. Com os critérios utilizados, mesmo que pequena, a produção latino-americana tem o mesmo nível de qualidade e se alinha aos mesmos pressupostos, fazendo o uso dos mesmos conceitos e realizando ações semelhantes.

Cabe neste ponto destacar como foi estimulante acessar a produção e organização tanto dos psicólogos clínicos peruanos quanto chilenos, em sua mobilização para dar atendimento de qualidade aos desastres recentes em seus países.

Pode-se pensar que o Brasil, ao contrário do Chile, não é varrido por terremotos. A geografia brasileira produz problemas crônicos como secas e enchentes que, na maior parte das vezes, assolam populações já socialmente vulneráveis, embora não se possa esquecer que os terremotos no Chile, são (quase) crônicos. Mas, embora não se questione a qualidade da produção brasileira, ela é menor do que o potencial intelectual do país. Espera-se então, que a organização de uma associação como a ABRAPEDE e o aparecimento de novos grupos de trabalho na área, estimulem seu desenvolvimento.

Há uma psicologia das emergências e desastres praticada em todo mundo com contornos delimitados, pressupostos coerentes, conceitos consistentes, ações validadas e perspectivas de aperfeiçoamento e crescimento. Como ela está sendo construída por atores de todo o planeta que convergem quanto à demanda de sensibilidade cultural, em mundo globalizado com alta velocidade e possibilidade de troca de informações, só se pode aspirar que nas próximas décadas os psicólogos brasileiros possam se apoiar no que já está consolidado.

REFERÊNCIAS

ADÚRIZ, M. E.; BLUTHGEN, C.; KNOPFLER, C. Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. **International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation**, v. 1, n. 2, p. 58-67, 2011.

ALVES, R. B.; LACERDA, M. A. C.; LEGAL, E. J. A atuação do psicólogo diante dos desastres naturais: uma revisão. **Psicologia Estudo**, v. 17, n.2, p.307-315, 2012.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). APA's response to international and national disasters and crises: addressing diverse needs. **American Psychologist**, v. 61, n. 5, p. 513-521, 2006.

ARDALAN, A.; MAZAHERI, M.; NAIENI, K. H.; REZAIIE, M.; TEIMOORI, F.; POURMALEK, F. Older people's needs following major disasters: a qualitative study of Iranian elders experiences after the Ban earthquake. **Aging and Society**, v. 30, n. 1, p. 11-23, 2010.

ARDALAN, A.; MAZAHERI, M.; VAN ROOYEN, M.; MOWAFI, H.; NEDJAT, S.; NAIENI, K. H.; RUSSEL, M. Post-disaster quality of life among older survivors five years after the Ban earthquake: implications for recovery policy. **Aging and Society**, v. 31, n. 2, p. 179-196, 2011.

ATEN, J. D.; TOPPING, S. An online social networking disaster preparedness tool for faith communities. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 2, n. 2, p. 130-134, 2010.

ATEN, J. D.; BOAN, D. M., HOSEY, J. M., TOPPING, S., GRAHAM, A., & IM, H. Building capacity for responding to disaster emotional and spiritual needs: a clergy, academic, and mental health partnership model (CAMP). **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 5, n. 6, p. 591-600, 2013.

ATEN, J. D.; LEAVELL, K., GONZALEZ, R., LUKE, T., DEFEE, J.; HARRISON, K. Everyday technologies for extraordinary circumstances: possibilities for enhancing disaster communication. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 3, n.1, p. 16-20, 2012.

ATEN, J. D.; MADSON, M. B.; RICE, A.; CHAMBERLAIN, A. K. Post disaster supervisor strategies for promoting supervisee self-care: lessons learned from Hurricane Katrina. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 2, n. 2, p. 75-82, 2008.

ATEN, J. D.; TOPPING, S.; DENNEY, R. M.; BAYNE, T. G. Collaborating with African American churches to overcome minority disaster mental health disparities: what mental

health professionals can learn from Hurricane Katrina. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 41, n.2, p. 167-173, 2010.

ATEN, J. D.; TOPPING, S.; DENNEY, R. M.; HOSEY, J. M. Helping African American clergy and churches address minority disaster mental health disparities: Training needs, model, and example. **Psychology of Religion and Spirituality**, v. 3, n. 1, p. 15-23, 2011.

BARNES, J. Developing disaster survivor resilience: the home away from home. **Disaster Prevention and Management**, v. 15, n. 2, p. 223-232, 2006.

BEATON, R. D., JOHNSON, L. C., MAIDA, C. A., HOUSTON, J. B., PFEFFERBAUM, B. Disaster research team building: a case study of a web-based disaster research training program. **Traumatology**, v. 18, n.4, p. 86-89, 2012.

BENSING, K. Psychology of Disaster. **Advance healthcare network for nurses**. 2013. Disponível em <<http://nursing.advanceweb.com/article/psychology-of-disaster.aspx>>. Acesso em 12/12/2013.

BENYAKAR, M. **Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales**. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2003.

_____, Salud mental y desastres: nuevos desafíos. **Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría**, v. 35, n. 1, p. 3-25, 2002.

BINDÉ, J. P.; CARNEIRO, C. Uma análise da ação humana a partir da perspectiva da psicologia dos desastres. **Revista Psico**, (Porto Alegre), v. 32, n. 2, p. 25-24, 2001.

BÖDVARSDÓTTIR, I.; GUDMUNDSÓTTIR; D. B.; ELKLIT, A. Post-traumatic stress reactions in children after two large earthquakes in Iceland. **Nordic Psychology**, v.58, n.2, p. 91-107, 2006.

BONANNO, G. A., Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? **American Psychologist**, v. 59, n. 1, p. 20-28, 2004.

BONANNO, G. A.; GALEA, S.; BUCCIARELLI, A.; VLAHOV, D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n.5, p. 671-682, 2007.

BONANNO, G. A.; HO, S. M. Y.; CHAN, J. C. K.; KWONG, R. S. Y.; CHEUNG, C. K. Y.; WONG, C. P. Y.; WONG, V. C. W. Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. **Health Psychology**, v. 27, n.5, p. 659-667. 2008

BOON, H. J.; PAGLIANO, P.; BROWN, L.; TSEY, K. An assessment of policies guiding school emergency disaster management for students with disabilities in Australia. **Journal of Policy and Practice in Intellectual disabilities**, v. 9, n. 3, p. 17-26, 2012

BORJA, S. E.; CALLAHAN, J. L. Recovery following Hurricane Rita: a pilot study of preexisting and modifiable aspects of positive change. **Traumatology**, v. 14, n. 2, p. 12-19, 2008

BOSCARINO J. A.; ADAMS, R. E.; GALEA, S. Alcohol use in New York after the terrorist attacks: a study of the effects of psychological trauma on drinking behavior. **Addictive Behaviors**. v. 31, n. 4, p. 606–621, 2006.

BOSS, P. **Ambiguous loss: learning to live with unresolved grief**. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

BOSS, P.; BEAULIEU, L.; WIELING, E.; LACRUZ, W. T. S. Healing loss, ambiguity, and trauma: a community-based intervention with families of union workers missing after the 9/11 attack in New York City. **Journal of Marital and Family Therapy**, v.29, n.4, p. 455-467, 2003.

BOSS, P.; **Loss, trauma, and resilience: therapeutic work with ambiguous loss**. New York: Norton and Company, 2006.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento de vínculos afetivos**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1997.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional (MIT), Secretaria Nacional de Defesa Civil (SNDC). Política Nacional de Defesa Civil. Brasília, 2007. Disponível em <http://www.integracao.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=6aa2e891-98f6-48a6-8f47-147552c57f94&groupId=10157>. Acesso em 12/12/2013.

BRIERE, J.; SCOTT, C. **Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation and treatment**, Thousand Oaks: Sage Pub. 2006.

BRONISCH, T.; MARAGKOS, M.; FREYER, C.; MLER-CYRAN, A.; BUTOLLO, W.; WEIMBS, R.; PLATIEL, P. Crisis intervention after the Tsunami in Phuket and Khao Lak. **Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention**, v.27, n. 1, p. 42-47, 2006.

BROWN, L. M.; BARNETT, S.; HICKLING, E.; FRAHM, K.; CAMPBELL, R. R.; OLNEY, R.; CASEY, R. Use of outpatient mental health services by homeless veterans after hurricanes. **Psychological Services**, v. 10, n. 2, p. 250-256, 2013.

BRUCK, N. R. V. **A psicologia das emergências: um estudo sobre angústia pública e o dramático cotidiano do trauma.** Tese de doutorado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR (CAPES). **Comunicado 001/2013-Área de Psicologia** – Atualização do webqualis da área. Disponível em <<http://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/Comunicado01-2013webqualis-psic.pdf>>. Acesso em 12/12/2013.

CAPLAN, G. Loss, Stress and mental health. **Community Mental Health Journal**, v. 26, n. 1, p. 27-48, 1990.

CAVANAUGH, J. C. Effectively managing major disasters. **The Psychologist-Manager Journal**, v. 9, n.1, p. 3-11, 2006.

CAVANAUGH, J. C.; GELLES, M. G.; REYES, G.; CIVIELLO, C. L.; ZAHNER, M. Effectively planning for and managing major disasters. **The Psychologist-Manager Journal**, v. 11, n. 2, p. 221-239, 2008.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CIAMPI, D. F. Anticipated attitudes for providing psychological services to survivors of major terrorist incidents. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 4, n. 2, p. 237-243, 2012.

COÊLHO, A. E. L.; ADAIR, J. G.; MOCELLIN, J. S. P. Psychological responses to drought in Northeastern Brazil. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 38, n. 1, p. 95-103, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **1º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres: contribuições para a construção de comunidades mais seguras**, Brasília, 2006. Disponível em <<http://www2.pol.org.br/psicologiadodesastres/>>. Acesso em 12/09/2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação.** 1ª edição CFP, 2011. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/emergencias_e_desastres_final.pdf>. Acesso em 12/09/2012.

CONRAD, K. A.; AMSTADTER, A. B.; MCCAULEY, J. L.; RICHARDSON, L.; KILPATRICK, D. G.; TRAN, T. L.; ACIERNO, R. Examination of general health following typhoon Xangsane: A pre and post analysis. **International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation**, v. 1, n. S, p. 28-37. 2011.

CONSTANS, J. I.; VASTERLING, J. J.; DEITCH, E.; HAN, X.; THARP, A. L. T.; DAVIS, T. D.; SULLIVAN, G. Pre-Katrina mental illness, post disaster negative cognitions, and PTSD symptoms in male veterans following Hurricane Katrina. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 4, n. 6, p. 568-577, 2012.

CONSTANTINE, M. G.; ALLEYNE, V. L.; CALDWELL, L. D.; MCRAE, M. B.; SUZUKI, L. A. Coping responses of Asian, Black, and Latino/Latina New York City residents following the September 11, 2001 terrorist attacks against the United States. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v. 11, n. 4, p. 293-308., 2005.

COVA, F.; RINCÓN, P. El terremoto y tsunami del 27-f y sus efectos en la salud mental. **Terapia Psicológica**, v. 28, n. 2, p.179-185, 2010.

COWAN, P. A.; COWAN, C. P.; SCHULZ, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In. E. M. Hetherington, E. A. Blechman (Orgs.), **Stress, coping and resiliency in children and families**. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1996, p. 1-38.

CRYDER, C. H.; KILMER, R. P.; TEDESCHI, R. G.; CALHOUN, L. G. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 76, n. 1, p. 65-69, 2006.

CUTLER, D. L.; HUFFINE, C. Heroes in community psychiatry: Professor Gerald Caplan. **Community Mental Health Journal**, v. 40, n. 3, p. 193-197, 2004.

DAVIS, T. D.; SULLIVAN, G.; VASTERLING, J. J.; THARP, A. L. T.; HAN, X., DEITCH, E. A.; CONSTANS, J. I. Racial variations in post disaster PTSD among veteran survivors of Hurricane Katrina. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 4, n. 5, p. 447-456, 2012.

DEAN, K. L.; LANGLEY, A. K.; KATAOKA, S. H.; JAYCOX, L. H.; WONG, M.; STEIN, B. D. School-based disaster mental health services: clinical, policy, and community challenges. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n. 1, p. 52-57, 2008.

DEVILLY; G. J., GIST, R.; COTTON, P. Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: in the work place and after disasters. **Review of General Psychology**, v. 10, n. 4, p. 318-345, 2006.

ECHEBURÚA, E. El desafío de la prevención en estrés postraumático: ¿cómo sobrevivir a un desastre? **Terapia Psicológica** v. 28, n 2, p. 147-154, 2010.

EDMONDSON, D.; MILLS, M. A.; PARK, C. L. Factor structure of the acute stress disorder scale in a sample of Hurricane Katrina evacuees. **Psychological Assessment**, v. 22. N. 2, p. 269-278, 2010.

ENRIQUE, A. Neuroticismo, extraversión y estilo atribucional en veteranos de guerra: una aproximación desde el estrés postraumático. **Interdisciplinaria**. v. 21, n. 2, p.:213-246, 2004.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas, **Revista: Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 14, n. 1, p. 78-100, 2013.

FAVERO, E. **O impacto psicossocial das secas em agricultores familiares do Rio Grande do Sul: um estudo na perspectiva dos desastres**. Doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

FAVERO, E.; DIESEL, V. A seca enquanto um hazard e um desastre: uma revisão teórica. **Aletheia**, v. 27, n. 1, p. 198-209, 2008.

FELTON, J. W.; COLE, D. A.; MARTIN, N. C. Effects of rumination on child and adolescent depressive reactions to a natural disaster: The 2010 Nashville flood. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 122, n1, p. 64-73. 2013.

FERNANDO, G. A. Bloodied but unbowed: Resilience examined in a South Asian community. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 82, n. 3, p. 367-375, 2012.

FISHBACH, A.; HENDERSON, M. D.; KOO, M. Pursuing goals with others: Group identification and motivation resulting from things done versus things left undone. **Journal of Experimental Psychology: General**, v. 140, n. 3, p. 520-534, 2011.

FOX, M. H.; WHITE, G. W.; ROONEY, C.; CAHILL, A. The psychosocial impact of Hurricane Katrina on persons with disabilities and independent living center staff living on the American Gulf Coast. **Rehabilitation Psychology**, v. 55, n. 3, p. 231-240, 2010.

FRANCO, M. H. P. Uma mudança no paradigma sobre o enfoque da morte e luto na contemporaneidade. In: FRANCO, M. H. P. (Org.) **Estudos Avançados sobre o luto**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2002.

_____. Atendimento psicológico para emergências em aviação: a teoria revista na prática. **Estudos de Psicologia** (Natal), v.10 n. 2, p. 177-180, 2005.

_____. Por que estudar o luto na atualidade? In FRANCO, M.H.P. (Org.) **Formação e rompimento de vínculos. O dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Ed. Summus, p. 17-42. 2010.

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. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.6, p.1601-1616, 2012.

FREUD, S. **Duelo y melancolía (1915/1917)**, in Obras Completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nova, 1973.

FURR, J. M.; COMER, J. S.; EDMUNDS, J. M.; KENDALL, P. C. Disasters and youth: a meta-analytic examination of posttraumatic stress. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 78, n. 6, p. 765-780, 2010.

GARCÍA, F. E.; MARDONES, R. Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa, **Terapia Psicológica**, v. 28, n.1, p. 85-93, 2010.

GHEYTANCHI, A.; JOSEPH, L.; GIERLACH, E.; KIMPARA, S.; HOUSLEY, J.; FRANCO, Z. E.; BEUTLER, L. E. The dirty dozen: twelve failures of the Hurricane Katrina response and how psychology can help. **American Psychologist**, v. 62, n. 2, p. 118-130, 2007.

GIBBS, M. S. & MONTAGNINO, K. Disasters: A psychological perspective. In MCENTIRE, D. A. (Org) **Disciplines, disasters and emergency management: The convergence and divergence of concepts, issues and trends from the research literature**. Maryland, 2006. Disponível em <<http://training.fema.gov/EMIWeb/edu/ddemtextbook.asp>>. Acesso em 08/09/2012.

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

GIL-RIVAS, V.; KILMER, R. P. Children's adjustment following Hurricane Katrina: the role of primary caregivers. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 83, n. 2-3, p. 413-421, 2013.

GILLIHAN, S. J.; ADERKA, I. M.; CONKLIN, P. H.; CAPALDI, S.; FOA, E. B. The Child PTSD Symptom Scale: psychometric properties in female adolescent sexual assault survivors. **Psychological Assessment**, v. 25, n. 1, p. 23-31, 2013.

GOMES, E. R. B.; CAVALCANTE, A. C. S. Desastres naturais: perdas e reações psicológicas de vítimas de enchente em Teresina, PI, **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n3, p.720-728, 2012.

GREGERSON, M. B. Creativity enhances practitioners' resiliency and effectiveness after a hometown disaster. **Professional Psychology: Research and Practice**, v.38, n. 6, p. 596-602, 2007.

GUERRERO-GUTIÉRREZ, L. Psicología de emergencias-desastres y psicoemergenciología. un nuevo reto para la psicología en Colombia, **Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica**, v. 3, n.2, p. 226-235, 2013

GUTHRIE, B. Psychosocial emergency response team: perfection of preparedness and response. **International Journal of Mental Health**, v. 41, n. 3, p. 24-44, 2012.

HAFSTAD, G. S.; KILMER, R. P.; GIL-RIVAS, V. Posttraumatic growth among Norwegian children and adolescents exposed to the 2004 tsunami. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 3, n. 2, p. 130-138, 2011.

HAMIEL, D.; WOLMER, L.; SPERMAN, S.; LAOR, N. Comprehensive-child-oriented preventive resilience program in Israel based on lessons learned from communities exposed war, terrorism and disasters, **Child & Youth Care Forum**, v. 42, n. 4, p. 261-274, 2013.

HELOU, S.; COSTA NETO, S. B. **Césio-137: Consequências psicossociais do acidente de Goiania**. Disponível em <<http://bookdirectory.net/?p=465427>>. Acesso 12/12/2013.

HENLEY, R; MARSHALL, R.; VETTER, S. 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, p. 132-141, 2011.

HENRY, D. B.; TOLAN, P. H.; GORMAN-SMITH, D.; FAMILIES AND COMMUNITIES RESEARCH GROUP, INSTITUTE FOR JUVENILE RESEARCH, UNIVERSITY OF ILLINOIS AT CHICAGO. Have there been lasting effects associated with the September 11, 2001, terrorist attacks among inner-city parents and children? **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 35, n. 5, p. 542-547. 2004.

HESLIN, K. C.; STEIN, J. A.; DOBALIAN, A.; SIMON, B.; LANTO, A. B.; YANO, E. M.; RUBENSTEIN, L. V. Alcohol problems as a risk factor for post disaster depressed mood among U.S. veterans. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 27, n. 1, p. 207-213, 2013.

HIRSCHEL, M. J.; SCHULENBERG, S. E. On the viability of PTSD Checklist (PCL) short form use: analyses from Mississippi Gulf Coast Hurricane Katrina survivors. **Psychological Assessment**, v. 22, n. 2, p. 460-464, 2010.

HOBFOLL, S. E.; WATSON, P.; BELL, C. C.; BRYANT, R. A.; BRYMER, M. J.; FRIEDMAN, M. J.; FRIEDMAN, M.; GERSONS, B. P. R.; JONG, J. T. V. M.; LAYNE, C. M.; MAGUEN, S.; NERIA, Y.; NORWOOD, A. E.; PYNOOS, R. S.; REISSMAN, D.; RUZEK, J. I.; SHALEV, A. Y.; SOLOMON, A.; STEINBERG, A. M.; URSANO, R. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. **Psychiatry**, v. 70, n. 4, p. 283-315, 2007

INTERNATIONAL WORK GROUP ON DEATH DYING BEREAVEMENT (IWGDDB) Assumptions and principles about psychosocial aspects of disasters, **Death Studies**, v. 26, n. 6, p. 449-462, 2002.

JACOBS, G. A. The development and maturation of humanitarian psychology. **American Psychologist**, v. 62, n. 8, p. 932-941, 2007.

JAMES, L. E.; NOEL, J. R.; FAVORITE, T. K.; JEAN, J. S. Challenges of post disaster intervention in cultural context: The implementation of a lay mental health worker project in post-earthquake Haiti. **International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation**, v. 1, n. 2, p. 110-126, 2012.

JANOFF-BAULMAN, R. The aftermath of victimization: rebuilding shattered assumptions. In: FIGLEY, C. (Ed.). **Trauma and its wake: the study and treatment of post-traumatic stress disorder**. New York: Brunner/Mazel, 1985.

JOSEPH, N. T.; MATTHEWS, K. A.; MYERS, H. F. Conceptualizing health consequences of Hurricane Katrina from the perspective of socioeconomic status decline. **Health Psychology**, v. 25, s/p, 2013.

KANIASTY, K. Predicting social psychological well-being following trauma: The role of post disaster social support. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 4, n. 1, p. 22-33. 2012.

KILMER, R. P.; GIL-RIVAS, V. Responding to the needs of children and families after a disaster: Linkages between unmet needs and caregiver functioning. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 80, n. 1, p. 135-142, 2010.

KOHN R., LEVAV I., DONAIRE I., MACHUCA M., & TAMASHIRO R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 18, n. 4-5, p. 287-295. 2005.

KOHAN, I.; PÉREZ-SALES, P.; CISNEROS, M. H.; CHIRINOS, R.; PÉREZ-LANGA, R.; HOLGUÍN, M. R.; CID, B.; SILVA, A. Emergencies and disasters as opportunities to improve mental health systems: Peruvian experience in Huancavelica, **Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict**, v. 9, n. 3, p. 237-248, 2011

KONUĞ, E.; KNIPE, J.; EKE, I.; YUKSEK, H.; YURTSEVER, A.; OSTEP, S. The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. **International Journal of Stress Management**, v.13, n.3, p. 291-308, 2006.

KRASTEL, B.; MARGRAF, J. Depressive and anxious symptomatology after September 2001: Impact of global and local disasters? *Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift Psychologie / Revue Suisse de Psychologie*, v. 68, n. 4, p. 221-225. 2009.

KRUM, F. M. B. **O Impacto e as Estratégias de Coping de Indivíduos em Comunidades Afetadas por Desastres Naturais**. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2007. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000661780&loc=2008&l=3f8f85f8cc489276>>. Acesso em 12/12/2013.

KRUM, F. M. B.; BANDEIRA, D. R. Enfrentamento de desastres naturais: uso do coping coletivo. **Paidéia**, v. 18, n. 39, p. 73-84, 2008.

KUDÓ, I.; VELÁSQUEZ, T.; IZA, M.; ÁNGELES, A.; DEL PINO, C. P.; MARTÍNEZ, P. U. Una experiencia de intervención en crisis en el sur del Perú: Brigadas Psicológicas. **Revista de Psicología de la PUCP**; v. 23, n. 2; p. 293 -336, 2005.

LA GRECA, A. M.; SILVERMAN, W. K.; LAI, B.; JACCARD, J. Hurricane-related exposure experiences and stressors, other life events, and social support: Concurrent and prospective impact on children's persistent posttraumatic stress symptoms. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 78, n. 6, p. 794-805, 2010.

LEIVA-BIANCHI, M. Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública em Constitución, Chile, **Revista Salud Pública**. v. 13, n. 4, p. 551-559, 2011.

LEIVA, M.C.; QUINTANA, G.R. Factores ambientales y psicosociales vinculados a síntomas de ataque de pánico después del terremoto y tsunami del 27 de Febrero de 2010 en la zona central de Chile. **Terapia Psicológica**. v. 28, p.165-171, 2010.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, v. 101, n. 1, p. 141-148, 1944.

LONG, D.; WONG, Y. R. Time bound: the timescape of secondary trauma of the surviving teachers of the Wenchuan Earthquake. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 82, n. 2, p. 241-250, 2012.

LOUBAT, M.; FERNÁNDEZ, A. M.; MORALES, M. La experiencia de Peralillo: una intervención psicológica para el estado de emergencia. **Terapia Psicológica**, v.28, n. 2, p.203-207, 2010.

LOWE, S. R.; CHAN, C. S.; RHODES, J. E. Pre-hurricane perceived social support protects against psychological distress: A longitudinal analysis of low-income mothers. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 78, n. 4, p. 551-560, 2010.

LOWE, S. R.; MANOVE, E. E.; RHODES, J. E. Posttraumatic stress and posttraumatic growth among low-income mothers who survived Hurricane Katrina. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 81, n. 5, p. 877-889, 2013.

LUNA, S. V. de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: EDUC, 1993.

MADRID, P. A.; GARFIELD, R.; JABERI, P.; DALY, M.; RICHARD, G.; GRANT, R. Mental health services in Louisiana school-based health centers post-Hurricanes Katrina and Rita. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n1, p. 45-51. 2008.

MARGOLIN, G.; RAMOS, M. C.; GURAN, E. L. Earthquakes and children: The role of psychologists with families and communities. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 41, n. 1, p. 1-9, 2010.

MARIN, C. P.; LOPEZ-LOPEZ, W. Atención psicológica postdesastres: más que un “Guarde la Calma”: una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. **Terapia Psicológica**, v. 28, n. 2, p. 155-160.

MARTINS, M. H. M. **O uso de tecnologias de comunicação de risco para prevenir desastres**. Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

MATTEDI, M. A. A abordagem psicológica da problemática dos desastres: um desafio cognitivo e profissional para a psicologia. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, n. 1, p. 162-173, 2008.

MCCASLIN, S. E. JACOBS, G. A.; MEYER, D. L.; JOHNSON-JIMENEZ, E.; METZLER, T. J.; MARMAR, C. R. How does negative life change following disaster response impact distress among Red Cross responders? **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 36, n3, p. 246-253, 2005.

MCFARLANE, A.; NORRIS, F. Definitions and concepts in disaster research. In F. NORRIS; S. GALEA; M. FRIEDMAN; P. WATSON (Orgs.) **Methods for disaster mental health research**. New York: Guilford Press, 2006, p. 3-19, 2006

MCGUINNESS, K. M.; COADY, J. A.; PEREZ, J. T.; WILLIAMS, N. C.; MCINTYRE, D. J.; SCHREIBER, M. D. Public mental health: the role of population-based and macrosystems interventions in the wake of Hurricane Katrina. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n. 1, p. 58-65, 2008.

MELO, C. A.; SANTOS, F. A. As contribuições da psicologia nas emergências e desastres. **Psicólogo In-formação**, v. 15, n. 1, p. 169-181, 2011.

MOLINA, R. Psicologia das emergências e dos desastres: uma área em construção. História e desenvolvimento a partir da perspectiva chilena. In **1º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres: contribuições para a construção de comunidades mais seguras**, Brasília, 2006. p. 51-58. Disponível em <<http://www2.pol.org.br/psicologiadadosdesastres/>>. Acesso em 12/09/2012

MORRIS, A. J. F. Psychic aftershocks: Crisis counseling and disaster relief policy. **History of Psychology**, v. 14, n. 3, p. 264-286, 2011.

MORRIS, A. S. Making it through a traumatic life experience: Applications for teaching, research, and personal adjustment. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 2, n. 2, p. 89-95, 2008.

NORRIS F. H.; FRIEDMAN, M. J.; WATSON, P. J.; BYRNE, C. M.; DIAZ, E.; KANIASTY, K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. **Psychiatry**, v. 65, p. 207–239, 2002.

NORRIS F. H.; TRACY, M.; GALEA, S. *Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress*. **Social Science & Medicine**, v. 68, p. 2190–2198, 2009.

NORRIS F. H.; SHERRIEB, K.; GALEA, S. Prevalence and consequences of disaster-related illness and injury from hurricane Ike. **Rehabilitation Psychology**, v. 55, n.3, p. 221-230, 2010.

NORTH, C. S. A tale of two studies of two disasters: Comparing psychosocial responses to disaster among Oklahoma City bombing survivors and Hurricane Katrina evacuees. **Rehabilitation Psychology**, v. 55, n. 3, p. 241-246, 2010.

NORTH, C. S.; HONG, B. A.; PFEFFERBAUM, B. P-FLASH: Development of an empirically-based post-9/11 disaster mental health training program. **Missouri Medicine**, v. 105, p. 62–66, 2008.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2007.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS)a. **Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastre: Guía para equipos de respuesta**. Washington, D.C.: OPS. Disponible em http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1086&Itemid=. Acesso em 12/08/2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPAS)b. **Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta**. Washington, D.C.: OPS, 2010. Disponible em: http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=. Acesso em 12/08/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Otawa, 1986**. Disponible em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 12/12/2013.

ORTIZ, C. D.; SILVERMAN, W. K.; JACCARD, J.; LA GRECA, A. M. Children's state anxiety in reaction to disaster media cues: A preliminary test of a multivariate model. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 3, n. 2, p. 157-164, 2011.

ORTIZ-BARRERA, J.; MANZO GARCÍA, C. Abordajes frente al terremoto y tsunami del 27 de febrero del 2010: experiencia de la sociedad chilena de psicología clínica (SCPC). *Terapia Psicológica*; v. 28, n. 2, p. 209-212, 2010.

OSBORN, A. F. Resilient children: a longitudinal study of high achieving socially disadvantaged children. **Early Childhood Development and Care**, v. 62, p. 23-47, 1990.

PARKES, C.M. Luto. **Estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Ed. Summus, 1998.

_____. **Amor e perda: as raízes do luto e suas implicações**. São Paulo: Ed. Summus, 2009.

PASSOS, R. B. F.; FIGUEIRA, I.; MENDLOWICZ, M. V.; MORAES, C. L.; COUTINHO, E. S. F. Análise fatorial exploratória da versão brasileira da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: versão civil (PCL-C). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 2, p. 155-161, 2012.

PEARLMAN, L. A.; SAAKVITNE, K. W. **Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors**. New York: Norton, 1995.

PEREZ – OLMOS, I.; FERNANDEZ - PINERES, P.; RODADO - FUENTES, S. Prevalencia del trastorno por estres postraumatico por la guerra, en ninos de cundinamarca, colombia. **Revista de Salud Publica**, v.7, n. 3, p.268-288, 2005.

PFEFFERBAUM, B.; HOUSTON, J. B.; REYES, G.; STEINBERG, A. M.; PYNOOS, R. S.; FAIRBANK, J. A.; MAIDA, C. A. Building national capacity for child and family disaster mental health research. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 41, n. 1, p. 26-33, 2010.

POLUSNY, M. A.; RIES, B. J.; MEIS, L. A.; DEGARMO, D.; MCCORMICK-DEATON, C. M.; THURAS, P.; ERBES, C. R. Effects of parents' experiential avoidance and PTSD on adolescent disaster-related posttraumatic stress symptomatology. **Journal of Family Psychology**, v. 25, n. 2, p. 220-229, 2011.

POOLEY, J. A.; COHEN, L.; O'CONNOR, M.; TAYLOR, M. Posttraumatic stress and posttraumatic growth and their relationship to coping and self-efficacy in Northwest Australian cyclone communities. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v.5, n. 4, p. 392-399. 2013.

PRATI, G.; PIETRANTONI, L.; SACCINTO, E.; KEHL, D.; KNUTH, D.; SCHMIDT, S. Risk perception of different emergencies in a sample European firefighters. **Work: Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation**, v. 45, n. 1, p. 87-96, 2013

PYNOOS, R. S; FAIRBANK, J. A.; STEINBERG, A. M.; AMAYA-JACKSON, L.; GERRITY, E.; MOUNT, M. L.; MAZE, J. The National Child Traumatic Stress Network: collaborating to improve the standard of care. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39. N. 4, p. 389-395, 2008.

REYES, G. International disaster psychology: purposes, principles, and practice. In: REYES, G.; JACOBS, G.A. (Org). **Handbook of International Disaster Psychology**. Volume 1: Fundamentals and Overview. Westport: Praeger Pub.2006. p.. 1-13.

REYES, G.; ELHAI, J. D. Psychosocial interventions in the early phases of disasters. **Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training**, v. 41, n. 4, p. 399-411, 2004.

REYES, G.; JACOBS, G.A. **Handbook of International Disaster Psychology**. Volume 1: Fundamentals and Overview. Westport: Praeger Pub.2006.

RHODES, J.; CHAN, C.; PAXSON, C.; ROUSE, C. E.; WATERS, M.; FUSSELL, E. The impact of Hurricane Katrina on the mental and physical health of low-income parents in New Orleans. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 80, n. 2, p. 237-247, 2010.

RIZZUTO, T. E.; MALONEY, L. K. Organizing chaos: crisis management in the wake of Hurricane Katrina. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n. 1, p. 77-85, 2008.

ROBERTS, A. R. **Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research**. New York: Oxford University Press, 2000.

ROBERTS, Y. H.; MITCHELL, M. J.; WITMAN, M.; TAFFARO, C. Mental health symptoms in youth affected by Hurricane Katrina. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 41, n. 1, p. 10-18, 2010.

ROBERTS, P. S. Discrimination in a disaster agency's security culture, **Administration and Society**, v. 45, n. 4, p. 387-419, 2013.

ROD, S. K.; BOTAN, C.; HOLEN, A. Risk communication and the willingness to follow evacuation instruction in a natural disaster. **Health, Risk and Society**, v. 14, n. 1, p. 87-99, 2012.

ROSSER, B. R. S. Working as a psychologist in the Medical Reserve Corps: providing emergency mental health relief services in Hurricanes Katrina and Rita. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n. 1, p. 37-44, 2008.

ROUTH, D. K. (1994). **Clinical psychology since 1917: Science, practice, and organization**. New York: Plenum, 1994. Disponível em <<http://books.google.com.br/books?id=txBrLiK2YAAC&printsec=frontcover&dq=Clinical+psychology+since+1917:+Science,+practice,+and+organization.&hl=pt-BR&sa=X&ei=kupiU7fgEYOUyAS7tYCABg&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=Clinical%20psychology%20since%201917%3A%20Science%2C%20practice%2C%20and%20organization.&f=false>>. Acesso em 12/12/2013.

ROWE, C. L.; LA GRECA, A. M.; ALEXANDERSSON, A. Family and individual factors associated with substance involvement and PTS symptoms among adolescents in greater New Orleans after Hurricane Katrina. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 78, n. 6, p. 806-817, 2010.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal Orthopsychiatry**, v. 57, p. 316-331, 1987.

RUZEK, J. I.; BRYMER, M. J.; JACOBS, A. K.; LAYNE, C. M.; VERNBERG, E. M.; WATSON, P. J. Psychological first aid. **Journal of Mental Health Counseling**, v. 29, n. 1, p. 17-49, 2007.

SÁ, S. D.; WERLANG, B. S. G.; PARANHOS, M. E. Intervenção em crise. **Revista Brasileira de Terapia Cognitiva**, v. 4, n.1, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872008000100008&script=sci_arttext>. Acesso em 12/12/2013.

SAARI, S. EFPA and Council of Europe start collaboration in the field of disaster and crisis psychology. **European Psychologist**, v. 11, n. 2, p. 155-156, 2006.

SAARI, S.; KARANCI, A. N.; YULE, W.; EFPA Standing Committee on Disaster, Crisis, and Trauma Psychology. EFPA and work on disaster, crisis, and trauma psychology. **European Psychologist**, v. 16, n. 2, p. 141-148, 2011.

SACCHI, S.; RIVA, P.; BRAMBILLA, M. When Mother Earth rises up: anthropomorphizing nature reduces support for natural disaster victims. **Social Psychology**, v. 44, n. 4, p. 271-277, 2013.

SAHIN, N. H.; YILMAZ, B.; BATIGUN, A. Psycho education for children and adults after the Marmara earthquake: An evaluation study. **Traumatology**, v. 17, n. 1, p. 41-49, 2011.

SARACENO, B. Foreword. In: REYES, G.; JACOBS, G.A. (Org). **Handbook of International Disaster Psychology**. Volume 1: Fundamentals and Overview. Westport: Praeger Pub. 2006. p. XIII-XIV.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA C. D.; GUIDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**. n. 1, jul. 2009, 15 p. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000179&pid=S1413-9936201200020000600031&lng=pt>. Acesso 12/12/2013.

SCHAFER, A., SNIDER, L., VAN OMMEREN, M. Psychological first aid pilot: Haiti emergency response, **Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict**, v. 8, n. 3, p. 245-254, 2010.

SCHEEL, C. N.; KLEIM, B.; SCHMITZ, J.; BECKER-ASANO, C.; SUN, D.; NEBEL, B.; TUSCHEN-CAFFIER, B. Psychophysiological stress reactions to a simulated fire in an underground parking lot. **Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis**, v. 41, n. 3, p. 180-189, 2012.

SCHMALZRIED, H. D.; FALLON JR., L. F.; HARPER, E. A. Assessing informational website communication during emergencies and disasters. **International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing**, v. 17, n.3, p. 199-207, 2012

SCHULENBERG, S. E.; DELLINGER, K. A.; KOESTLER, A. J.; KINNELL, A. M. K.; SWANSON, D. A.; VAN BOENING, M. V.; FORGETTE, R. G. Psychologists and Hurricane Katrina: Natural disaster response through training, public education, and research. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 2, n. 2, p. 83-88, 2008.

SEALE, G. S. Emergency preparedness as a continuous improvement cycle: Perspectives from a post-acute rehabilitation facility. **Rehabilitation Psychology**, v. 55, n. 3, p. 247-254, 2010.

SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. 1936. **Journal of Neuropsychiatry Clinical and Neuroscience**, v. 10, p. 230-231, 1998.

SEPULVEDA, M. A.; LOPEZ, G.; GUAIMARO, Y. Estudio longitudinal de las percepciones psicosociales de niños y adultos de um barrio afectado por desastres naturales. **Anales de la Universidad Metropolitana**, v.6, n.2, p.77-106, 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

STOUGH, L. M.; SHARP, A. N.; DECKER, C.; WILKER, N. Disaster case management and individuals with disabilities. **Rehabilitation Psychology**, v. 55, n. 3, p. 211-220, 2010.

STRELAU, J.; ZAWADZKI, B. Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disaster symptoms after disaster. **European Psychologist**, v. 10, n. 2, p. 124-135, 2005.

TEIGEN, K. H.; JENSEN, T. K. Unlucky victims or lucky survivors? Spontaneous counterfactual thinking by families exposed to the tsunami disaster. **European Psychologist**, v. 16, n. 1, p. 48-57, 2011.

THOBURN, J. W.; BENTLEY, J. A.; AHMAD, Z. S.; JONES, K. C. International disaster psychology ethics: A social justice model imbedded in a systems paradigm. **Traumatology**, v. 18, n.4, p. 79-85, 2012.

TORLAI, V. C. **A vivência do luto em situações de desastres naturais**. Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

TUASON, M. T. G.; GÜSS, C. D.; CARROLL, L. The disaster continues: A qualitative study on the experiences of displaced Hurricane Katrina survivors. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 43, n.4, p. 288-297, 2012.

TUICOMEPEE, A.; ROMANO, J. L. Thai adolescent survivors 1 year after the 2004 tsunami: A mixed methods study. **Journal of Counseling Psychology**, v. 55, n. 3, p. 308-320, 2008.

VALERO ALAMO, S. **Psicologia em emergências y desastres; uma nueva especialidade**. 2007. Disponível em: <www.monografias.com/trabajos10/emde/emede.html>. Acesso, em 08/09/2012.

VENTEVOGEL, P.; PÉREZ-SALES, P.; FÉRNANDEZ-LIRIA, A.; BAINGANA, F. 2011. Integrating mental health care into existing systems of health care: during and after complex humanitarian emergencies. **Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Councelling in Areas of Armed Conflict**, v. 9, n. 3, p. 195-210, 2011.

VOLLHARDT, J. R.; STAUB, E. Inclusive altruism born of suffering: The relationship between adversity and pro-social attitudes and behavior toward disadvantaged out groups. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 81, n.3, p. 307-315, 2011.

VERNBERG, E. M.; STEINBERG, A. M.; JACOBS, A. K.; BRYMER, M. J.; WATSON, P. J.; OSOFSKY, J. D.; RUZEK, J. I. Innovations in disaster mental health: psychological first aid. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 39, n. 4, p. 381-388, 2008.

VIGIL, J. M.; GEARY, D. C. A preliminary investigation of family coping styles and psychological well-being among adolescent survivors of Hurricane Katrina. **Journal of Family Psychology**, v. 22, n. 1, p. 176-180, 2008.

WALSH, F. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

_____. Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience, **Family Process** v. 46, n. 2, p.139–270, 2007.

WATSON, P. J.; BRYMER, M. J.; BONANNO, G. A. Post disaster psychological intervention since 9/11. **American Psychologist**, v. 66, n. 6, p. 482-494, 2011.

WEEMS, C. F.; PINA, A. A.; COSTA, N. M.; WATTS, S. E.; TAYLOR, L. K.; CANNON, M. F. Pre-disaster trait anxiety and negative affect predict posttraumatic stress in youths after Hurricane Katrina. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, n. 1, p. 154-159, 2007

WEINTRAUB, A. C. A.de M. Psychological work in humanitarian emergencies in Haiti and Democratic Republic of Congo: some considerations based on two work experiences. **Saúde & Sociedade**, v.20, n.3, p.811-820, 2011.

WERNER, E. E.; SMITH, R. S. **Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth.** New York: McGraw Hill, 1982.

WESSELLS, M. G. Do no harm: Toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. **American Psychologist**, v. 64, n. 8, p. 842-854, 2009.

YUTRZENKA, B. A.; NAIFEH, J. A. Traumatic stress, disaster psychology, and graduate education: Reflections on the special section and recommendations for professional psychology training. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 2, n. 2, p. 96-102, 2008.