



## A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM EMERGÊNCIAS



## Bem-vindo ao IBEDF:

Você terá à sua disposição, um bloco didático (MÓDULO + CADERNO DE AVALIAÇÃO) estruturado para a sua autoaprendizagem que contém a totalidade da matéria que incidirá sobre a Avaliação Final. O estudo inclui o Apoio Tutorial a distância e/ou presencial, sempre que necessário.

### COMO ESTUDAR?

- É importante a leitura atenciosa dos conteúdos, a fim de observar o modo como cada unidade está construída, o objetivo do estudo, os títulos e subtítulos, para se obter uma visão de conjunto e revisar conhecimentos já adquiridos.
- Leitura compreensiva rápida - permitirá uma primeira abordagem;
- Leitura reflexiva – para identificar as ideias principais;
- Consolidação da aprendizagem - caracterizada pela revisão da matéria; fase da resolução das atividades para facilitar a compreensão dos conteúdos.
- **AVALIAÇÃO FINAL:**  
Constituída por uma Prova escrita e individual, cujas respostas devem revelar compreensão e assimilação dos conteúdos. A Prova deve ser feita somente com caneta preta ou azul. E entregue ao IBEDF.
- **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO RENDIMENTO:**  
7,0 a 7,9 – BOM; 8,0 a 8,9 – MUITO BOM; 9,0 a 9,9 – ÓTIMO-  
10 - EXCELENTE  
Para melhor aproveitamento é necessário:
  - Ser auto motivado;
  - Ser capaz de organizar o seu tempo de estudo;
  - Ser responsável por seu próprio aprendizado;
  - Estar consciente da necessidade de aprendizagem continuada.



## Sumário

1. A PSICOLOGIA DIANTE DE EMERGÊNCIA E DESASTRES.....	5
2. DEFINIÇÕES E CONCEITOS .....	17
3. O QUE NOS DIZEM AS ESTATÍSTICAS SOBRE DESASTRES NO BRASIL E NO MUNDO .....	21
4. HISTÓRICO DA PSICOLOGIA DE EMERGÊNCIAS E DESASTRES.....	24
5. GRUPOS ATUAIS DE RESPOSTA A EMERGÊNCIAS NO MUNDO E NO BRASIL.....	34
UNIDADE II.....	36
1. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM EMERGÊNCIAS: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁXIS .....	37
2. O INÍCIO DO GRUPO IPE.....	40
3. O PRIMEIRO ACIONAMENTO .....	43
4. APRENDIZADOS E INVENÇÕES .....	44
5. TEORIAS E TÉCNICAS.....	45
6. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO PSICÓLOGO QUE ATUA EM EMERGÊNCIAS .....	47
7. DIFERENÇAS ENTRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO E A DO PSICÓLOGO DE EMERGÊNCIAS .....	50
8. O PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO .....	52
9. ESPAÇO DE REFLEXÃO, ACOLHIMENTO E CUIDADOS.....	53
10. O TRABALHO EM DUPLAS DE PSICÓLOGOS.....	55
UNIDADE III.....	56
1. A SAÚDE EMOCIONAL DO PSICÓLOGO QUE ATUA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.....	56
2. A CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE TRAUMA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O PSICOTERAPEUTA.....	59
3. TRAUMA SECUNDÁRIO E/OU FADIGA POR COMPAIXÃO.....	63
4. <i>BURNOUT</i> .....	66
5. O AUTOCUIDADO COMO PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÕES DE CRISE .....	68
6. A UTILIZAÇÃO DO <i>DEBRIEFING</i> PSICOLÓGICO EM INTERVENÇÕES DE EMERGÊNCIAS .....	73
7. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: COMPREENSÃO, DIFICULDADES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES .....	80
8. O PROCESSO DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL.....	82
9. DIFICULDADES E DESAFIOS NA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL .....	84
UNIDADE IV.....	84
1. O LUTO DESENCADEADO POR DESASTRES .....	85



2.ROMPIMENTO DE VÍNCULOS E A REAÇÃO DE LUTO.....	89
3.O LUTO POR QUEBRA DO MUNDO PRESUMIDO EM DESASTRES .....	94
4.PERDAS COLETIVAS E O LUTO NÃO RECONHECIDO .....	101
5.O LUTO DA CRIANÇA.....	105
6.PERDA AMBÍGUA E LUTO EM DESASTRES .....	115
7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....	122



## UNIDADE I:

### 1. A PSICOLOGIA DIANTE DE EMERGÊNCIA E DESASTRES

No mundo atual, catástrofes - sejam climáticas ou tecnológicas, evitáveis ou imprevisíveis - afetam um grande número de pessoas das mais diversas formas. Entretanto, isso ocorre desde a época em que não havia registro histórico de acontecimentos que afetavam o cotidiano. Basta lembrar, como exemplo, os efeitos da erupção do vulcão Vesúvio, no ano 79 da era cristã, que destruiu completamente a cidade de Pompeia, no Império Romano. A destruição de uma cidade está na categoria dos danos tangíveis, mas também não podem ser esquecidos os danos intangíveis, como a perda da segurança, da dignidade, do cotidiano que organiza o comportamento, do senso de pertencer a uma comunidade.

As situações de emergência e os desastres têm sido estudados com mais afinco devido à maior frequência de ocorrência de catástrofes, tanto naturais como causadas pela ação do homem. Sua visibilidade também aumenta em razão da maior mobilidade de pessoas no mundo e da comunicação instantânea, que possibilita assistir ao desastre ou à emergência praticamente durante seu acontecimento (Manzochi, 2014).

Desastres são, portanto, um fenômeno universal, cujos efeitos podem ter impacto sobre indivíduos, comunidades, nações. Eles roubam das pessoas e das comunidades suas concepções anteriormente estabelecidas sobre si e seu mundo, causando medo, insegurança e desequilíbrio. Integrar o desastre à experiência de vida pode proporcionar meios para que novos significados sejam construídos, bem



como uma nova visão de mundo (*International Work Group on Death, Dying and Bereavement*, 2002).

Nós, psicólogos, diante de situações que provocam destruição em larga escala e do sofrimento humano com difíceis e demoradas perspectivas de reparação, somos impelidos a oferecer às pessoas nosso melhor em conhecimento e experiência para que elas enfrentem e retomem a vida. Tarefa nada fácil. Como pessoas e como parte de uma comunidade, somos também atingidos por tais tragédias e, para lidar com o sofrimento em situações de emergência, é necessária uma forma particular de atuação.

Nem sempre foi assim. A prática e a experiência vividas em cada atuação, a cada acidente, fazem-nos procurar pela melhor forma de fazer nosso trabalho. Muito rapidamente aprendemos que nosso conhecimento a respeito de atendimento emergencial requer constante aprofundamento para responder às demandas, assim como determinadas particularidades de cada situação exigem-nos adaptação. De maneira geral, sem entrar nas especificidades de cada caso, entendemos que, como escreveu Franco (2005; 2012), o objetivo da intervenção na crise desencadeada por desastres é resolver situações de grande pressão, em um período reduzido e com uso de intervenção direta e focalizada, por meio de instrumentos de que a psicologia dispõe, para que os atingidos possam desenvolver novas estratégias adaptativas. Ainda há confusão com tentativas de patologização dos atingidos por aqueles que não percebem uma distinção de campo da psicopatologia e da saúde mental. Neste capítulo, abordamos essas distinções, para que a ação baseada no saber da psicologia das emergências possa ser entendida como apropriada e necessária, independentemente das causas do desastre ou da catástrofe. Não entram em cena os transtornos mentais que existiriam mesmo sem o fato desencadeante, mas sim



os efeitos psicológicos prejudiciais e os fatores estressores crônicos gerados por tal experiência desestabilizadora.

O campo da psicologia em desastres é recente e tem como focos a saúde mental e as necessidades psicossociais de pessoas afetadas por catástrofes. Ainda há poucos estudos que validem sua finalidade, o *modus operandi* e os resultados. O apoio psicossocial, no entanto, não se propõe a ser uma solução genérica para o sofrimento e não substitui a segurança física, a justiça social e a dignidade humana. Suas metas são: evitar maiores danos, aliviar o sofrimento imediato e dar apoio efetivo para seu enfrentamento. Isso exige ações que sejam preventivas, sensíveis e progressivas. As técnicas terapêuticas convencionais, pelas quais o paciente fala sobre os problemas, são menos vantajosas do que os métodos de intervenção de crise. Esses métodos buscam identificar problemas e necessidades imediatos, para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento práticas e eficazes (Reyes, 2006a, 2006b). Colocam ênfase em capacitar a população afetada e promover adaptações, ou seja, fortalecer o uso de recursos locais para além daqueles existentes na condição pré-desastre e focar em soluções locais e sustentáveis. Dão preferência a intervenções comunitárias, em lugar de acompanhamentos individuais, por permitir uso mais eficiente e eficaz dos recursos, melhorar a relação entre serviços prestados e características locais e reduzir o estigma associado à assistência psicossocial. Buscam envolver e sensibilizar os líderes locais e seus pares para que entendam os benefícios e os valores das atividades psicossociais para suas populações/comunidades, na expectativa de que se sintam incluídas e busquem recursos para manter essas atividades (Dodge).

Essas ponderações apontam para aspectos necessários para um bom trabalho em emergências, além de conhecimentos técnicos. Ter uma boa comunicação escrita e oral é essencial, assim como saber trabalhar em grupo e em cooperação



com outros. Ter conhecimento, entendimento e respeito em relação a diferenças culturais, a par com formação em antropologia, sociologia, geografia, economia e religião, é de grande ajuda. Ter humildade para saber coletar essas informações faz muita diferença, sobretudo porque, mesmo com informações iniciais sobre o ocorrido, ao chegar ao local a situação pode se mostrar muito diversa do primeiro cenário apresentado (Dodge, 2006).

Greenstone (2008) aponta as atividades recomendadas nos diferentes níveis de resposta aos desastres, considerando os diversos atores em cenários que, por definição, são complexos e fluidos. Os níveis identificados são: preparação, mitigação/prevenção (o que fazer para ser proativo e prevenir problemas durante a resposta ao desastre), resposta (o que fazer quando a resposta propriamente tem início), recuperação e gerenciamento das consequências (após a resposta), sobrevivência de quem atuou no desastre, habilidades necessárias. Especificamente para a psicologia dos desastres, o autor focaliza em:

- a)** Treinamento para intervenção em crises geradas pelos desastres;
- b)** Ensino sobre resposta a desastres para membros da equipe;
- c)** Triagem psicossocial;
- d)** *Debriefing* da equipe;
- e)** Treinamento para ressuscitação cardiopulmonar.

Essas habilidades não são adquiridas sem árduo treinamento e constante atualização. São tantas as relações estabelecidas durante o preparo, a resposta e a avaliação de um desastre que qualquer dos focos acima facilmente se desdobra em diversos outros, relativos aos contatos com agentes governamentais, a parcerias com empresas privadas, comunidades atingidas, centros de estudo e pesquisa e órgãos de saúde, para mencionar apenas alguns.



A experiência desenvolvida pelos autores desta unidade com os demais integrantes do Grupo de Intervenções Psicológicas em Emergências (IPE) afirma que o conhecimento especializado é indispensável e não se obtém em formações ou capacitações de curto prazo. Requer-se do profissional que ele vá muito além de oferecer conforto emocional e técnicas para alívio imediato do sofrimento, para trabalhar com os atingidos na prevenção de transtornos mentais e no fortalecimento de suas redes de apoio e de ações de cidadania. Seria ingênuo afirmar que um único protocolo de ação seria indicado para qualquer comunidade e qualquer acidente. A América Latina apresenta peculiaridades que podem parecer irreconciliáveis em relação ao resto do mundo, o que necessariamente leva a uma cuidadosa avaliação da situação e dos recursos disponíveis.

Muitas comunidades são de difícil acesso, distantes dos grandes centros urbanos. Busca-se efetivar um modelo de trabalho, em geral, de autossuficiência, de maneira que os sistemas de governo locais possam atribuir aos líderes comunitários essa tarefa, fazendo, logo após o desastre, o elo entre as equipes de saúde e os grupos locais (como professores e religiosos) com abordagens e intervenções planejadas e organizadas. Poucos são os que conseguem ter todos esses recursos desenvolvidos; o importante, então, é estar ciente dos que já estão disponíveis, tentando estabelecer ligações com os sistemas que estão desconectados e, para localidades que são frequentemente atingidas por acontecimentos naturais, é importante um plano de prevenção desenvolvido com as lições aprendidas com a experiência.

Destaca-se a importância da avaliação dos procedimentos empregados, levando-se em conta as peculiaridades da intervenção e a relação entre necessidades, objetivos e possibilidades (Dziegielewski e Powers). A eficácia da intervenção em



situações críticas, notadamente em emergência e desastre, aponta para a necessidade de identificar as técnicas que apresentam melhores resultados, o que é um desafio não desprezível. Podemos nos apoiar nas técnicas de psicoterapia breve, tradicionais na prática clínica, mas que requerem estudos e adaptações para essas situações. Podemos também recorrer a outras técnicas, específicas ou não da área de emergência e desastre. A integração entre pesquisa e prática nunca será suficientemente valorizada, com um canal de mutualidade entre as duas áreas. Ainda a respeito de intervenções com seres humanos, não é admissível que estas se deem na ausência de uma clara e definida postura ética e política. Valores profissionais norteiam as ações, sem possibilidade de outro caminho que não seja o do extremo cuidado com aqueles que delas se beneficiarão.

Bruck (2007) aprofundou estudos no campo da psicologia das emergências, com foco no comportamento das pessoas em acidentes e desastres. Entende, assim, que o campo de atuação vai desde uma ação preventiva até o pós-trauma, podendo subsidiar intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas e aos profissionais, com particular interesse pelo SAMU; e que o assunto aborda questões que vão desde a experiência pessoal do trauma até os acontecimentos adversos provocados por calamidades, naturais e/ou provocadas pelo homem. A psicologia das emergências é, para esse autor, um tema de angústia pública de amplo espectro, pelo mal-estar originado pelos acontecimentos públicos traumáticos, assim como pelos provenientes das demais situações-limite de toda a violência urbana.

Ainda no Brasil, Melo e Santos (2011) fizeram extensa revisão da atuação da psicologia dos desastres nos últimos anos, para também concluir ser necessária a ampliação da área, dado que a premência se faz maior e o preparo profissional ainda engatinha.



As diferenças culturais não podem ser desconsideradas, além das especificidades de dada situação de desastre, de forma que as intervenções, mesmo que baseadas em estudos e pesquisas não somente brasileiras, assentam-se na sensibilidade a essas diferenças e consideram as lições aprendidas e recomendações advindas de programas desenvolvidos por organizações internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007) e a Opas (Rodriguez, Davoli e Perez, 2006; PAHORVHO, 2010), sua divisão para as Américas, e a Cruz Vermelha Internacional (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2010), por exemplo.

A crescente experiência de nosso grupo em diferentes contextos evidenciou que não há duas situações iguais, e essa prática possibilitou-nos adaptar o conhecimento a cada situação de emergência e desenvolver um estilo específico de trabalhar. Não ignoramos questões existenciais e implicações morais presentes nos desastres, tampouco ignoramos os cuidados necessários ao psicólogo quando responde a uma emergência. Autocuidado e atenção aos pares são pontos de atenção não apenas no preparo desses profissionais, mas também no decorrer da atuação. Não se encerra com a volta para casa, com a retomada de um cotidiano previsível. É uma postura que buscamos ter presente em tempo integral, o que corrobora com a afirmação de Greenstone (2008), ao destacar que cuidar de si é a primeira responsabilidade. A segunda é cuidar dos colegas de intervenção, e somente depois vem cuidar das vítimas. Por mais polêmica que possa parecer essa postura, ela se justifica pelo cuidado em não degradar as capacidades e possibilidades para poder cuidar do outro.

A estigmatização das pessoas atingidas pelo desastre parte de preconceitos sobre a saúde mental. Esses preconceitos exercem um poder patologizante sobre as



vítimas, pois faz delas pessoas incapacitadas para reconstruir sua vida com a experiência vivida, sem poder ignorá-la. Cientes desse risco, também cuidamos do caráter educativo voltado para os agentes detentores de autoridade para decisões. Para essas questões, entendemos que um desastre é uma situação de crise, com dimensões a ser identificadas a cada situação emergente, com as chamadas crises dentro da crise (Bom e Hart, 2008; Olson, 2008; McConnell, 2008; Greenstone, 2008). A cada atuação paramos, avaliamos e refletimos para encontrar novas configurações e adequá-las às necessidades da comunidade atingida. A experiência do Grupo IPE destaca a necessidade de treinamento constante, a par com avaliação e realinhamento também constantes de sua prática (Franco, 2012).

As situações de desastre têm sido estudadas pela psicologia em dois campos específicos: na psicologia ambiental e na psicologia das emergências e dos desastres. A primeira busca enfatizar o quanto ambiente e pessoas se influenciam reciprocamente. Já a psicologia das emergências e dos desastres encontra-se envolvida nas diferentes esferas de atuação do psicólogo, baseando-se no estudo dos impactos psicológicos nos indivíduos e grupos, bem como no trabalho preventivo e de auxílio às vítimas diretas e indiretas, para ajudá-las a reconstruir a vida no pós-desastre (Grégio, 2005; Reyes, 2006a; Fávero e Diesel, 2008; Greenstone, 2008; Torlai, 2010). É um campo novo; pesquisadores e psicólogos de campo necessitam se aliar para aprender uns com os outros e avançar nas boas práticas de resposta, com objetivos plenos de significado, de uma maneira que seja culturalmente apropriada e sustentável, para reduzir o sofrimento mental e social, sem causar danos (Ager, 2006; Saraceno, 2006).

Trata-se, portanto, de um ramo da psicologia voltado para o estudo das reações dos indivíduos e dos grupos antes, durante e depois de uma situação de emergência ou desastres. Visa ainda à implementação de estratégias de intervenção



psicossocial, evitando e reduzindo as respostas inadaptadas durante o impacto do incidente e facilitando a posterior reabilitação e reconstrução. Nessa proposição, fica claro o alinhamento com as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (Rodriguez, Davoli e Perez, 2006), sobretudo no que se refere à necessidade de avaliação das condições dos afetados, sem que se tenha registro sobre aquela população antes do desastre.

A psicologia em emergência e desastre inter-relaciona-se com a psicologia da saúde, psicofisiologia e psiconeuroimunologia para possibilitar uma avaliação acurada das necessidades dos afetados e compreender melhor os efeitos do estresse traumático em curto, médio e longo prazos. Interage com a psicologia do desenvolvimento para entender as características do desenvolvimento biopsicossocial dos seres humanos e poder identificar os grupos mais vulneráveis ao impacto de crises situacionais. Relaciona-se com a psicologia social para assumir a importância de redes de suporte social e do papel que desempenham como estratégia de sobrevivência em situações de crise. Também utiliza os conceitos relacionados à distorção da comunicação social, como o ruído e seus efeitos sobre os grupos humanos, e conceitos relacionados a atitudes, à motivação e ao comportamento grupal, além dos conceitos relacionados ao comportamento organizacional (Jacobs e Meyer, 2006; Pupavac, 2006; Mamo, 2007).

A origem do atendimento psicológico em emergências data do início do século XX, e tem havido um movimento global de crescimento e desenvolvimento dessa área. É preciso, no entanto, que esse trabalho continue em constante desenvolvimento, em face de novas demandas. Além disso, os desastres têm atingido um número cada vez maior de pessoas, não só pela sua magnitude, mas também pela rápida disseminação das informações.



James e Gilliland (2001) observam o quanto o movimento de intervenções em situações de crise cresceu nas últimas décadas. São muitos os fatores responsáveis por esse crescimento, tais como: os demográficos (aumento da pobreza e dos desabrigados, crescimento populacional), os relativos à saúde (surgimento de novas doenças como aids, estresse, alcoolismo), os fatores político-sociais (guerras, aumento do terrorismo e da violência), além dos avanços tecnológicos (o poder da mídia visual em expor as emoções das pessoas e demandar ação sobre ela). Ainda nessa diversidade de possibilidades, chama atenção a presença da ação psicológica com contornos apropriados à ação, que requerem mudanças no *setting* e nas técnicas, como Saakvitne (2006) bem apontou.

Ainda em relação ao notável crescimento das intervenções em crise, percebemos que há consequências em curto, médio e longo prazos para a população afetada e os profissionais que trabalham nessas situações. A constatação dessa demanda direciona-nos cada vez mais para intervenções em crise que previnam reações indesejadas na saúde mental de indivíduos e mesmo de populações inteiras.

Independentemente da origem do desastre, o impacto sobre as sociedades humanas pode ser devastador em quase todos os segmentos atingidos e de maneiras imagináveis. Por reconhecer essa condição, a Organização das Nações Unidas declarou a década de 1990 como a "Década Internacional para a Redução de Desastres Naturais" (DIRDN), visando incentivar a cooperação global por meio de uma série de programas e projetos destinados a aumentar a conscientização e o desenvolvimento de programas para reduzir a perda de vidas, os danos materiais e a perturbação social e econômica provocada por desastres naturais.



A necessidade de tais ações foi percebida com base nas crescentes perdas econômicas e humanas decorrentes desses desastres em todo o mundo. Esse aumento foi atribuído às mudanças climáticas e demográficas, a aumentos substanciais na densidade populacional e a uma falha generalizada de planejamento e ações preventivas.

A missão da DIRDN de criar em longo prazo estratégias de prevenção proativa de desastres influenciando o planejamento e a tomada de decisão em cada nível do processo teve sucesso limitado. Em seus dez anos, a DIRDN obteve avanços na colaboração global para coordenar as atividades de redução de desastres e melhorar a resiliência das comunidades afetadas. Mas, ao final da década, desastres de todos os tipos tornaram-se cada vez mais frequentes, e seu custo, cada vez mais caro em termos de dinheiro e vidas.

Nossa experiência mostra-nos que as pessoas envolvidas em uma situação de desastre podem ser afetadas de diversas formas e em diversos graus. A vítima atingida diretamente pode ser: fatal; ferida levemente; ferida gravemente; enferma; mutilada; desalojada; desabrigada; deslocada; e vítima psicológica. Há ainda vítimas afetadas indiretamente: socorristas de diversos serviços nas esferas governamentais e não governamentais; o público com diferentes graus de envolvimento; e membros da mídia (Young, 1998).



A psicologia dos desastres, por sua vez, envolve os diferentes âmbitos de atuação do psicólogo nessas situações; por isso, é fundamental o estudo do impacto psicológico nos indivíduos e na comunidade.

Dodge (2006) destaca algumas delimitações na tentativa de definir ações. Para ele, se não forem identificadas, da forma mais precisa possível, as necessidades da comunidade a quem se presta socorro, corre-se o risco de prestar serviços não só ineficazes como contraproducentes. Uma decorrência está em que, ao não saber exatamente as necessidades da população, não se pode determinar o que de fato ajuda e, então, o conhecimento não evolui. Identificar as necessidades psicossociais, porém, depende de recursos financeiros, humanos e políticos, entre outros.



## 2. DEFINIÇÕES E CONCEITOS

A área de atuação da psicologia que visa estudar e planejar intervenções que minimizam situações de risco tanto na prevenção quanto no auxílio direto às vítimas tem um papel muito importante na cronologia de uma crise. A psicologia também estuda os efeitos nos profissionais que prestam assistência às vítimas e oferece o acolhimento para as vítimas diretas e indiretas. Daí a importância de entendermos o que seria uma situação de emergência e desastre.

De acordo com a Cruz Vermelha Internacional (2010), desastre é o resultado de acontecimentos adversos naturais ou humanos sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais e ambientais e consequentes prejuízos econômicos, culturais e sociais. Estes são divididos em duas categorias genéricas: naturais e tecnológicos (*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2010*).

Os desastres naturais são subdivididos em: desastres biológicos (infestações de insetos); desastres geofísicos (terremotos e tsunamis; erupções vulcânicas; movimentos de massa seca, como avalanches, deslizamentos de terra, deslizamentos de pedras e problemas de origem geofísica); desastres climatológicos (secas; temperaturas extremas; incêndios florestais); desastres hidrológicos (inundações e movimentações de massa úmida, como avalanches, deslizamentos de terra, deslizamentos de pedras e problemas de origem hidrofísica); e desastres meteorológicos (tempestades).



Os desastres tecnológicos estão divididos em três grupos: acidentes industriais (derramamentos químicos; colapsos de estruturas industriais; explosões; incêndios; vazamentos de gás; envenenamentos; radiação); acidentes com transportes (aéreos, viários, rodoviários, de trem); e acidentes diversos (colapsos de estruturas domésticas/não industriais; explosões; incêndios). Guerras, fome, doenças e epidemias não estão incluídas nas estatísticas.

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) define desastre como uma ruptura grave no funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas, materiais, econômicas e ambientais generalizadas, que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade afetada de lidar com a situação utilizando seus próprios recursos. É um acontecimento que sobrecarrega a capacidade local, necessitando de ajuda externa em nível nacional ou internacional. A Secretaria Nacional de Defesa Civil (2007) considera que a intensidade de um desastre depende da interação entre a magnitude do acontecimento adverso e a vulnerabilidade do sistema, sendo quantificada em função de danos e prejuízos. Conceitua emergência como uma situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito, na qual há o reconhecimento legal pelo poder público de situação anormal, desencadeada por desastre, causando danos suportáveis à comunidade afetada.

Renedo, Beltran e Valero (2007) definem emergência como um fenômeno ou acontecimento inesperado e desagradável por causar danos ou alterações nas pessoas, nos bens, nos serviços ou no meio, que, apesar de ocasionar uma ruptura na normalidade do sistema, não excede a capacidade de resposta da comunidade afetada.



Assim, podemos considerar as emergências situações inesperadas que comprometem a vida e a integridade física de uma ou várias pessoas, refletindo em perdas materiais, econômicas e da própria vida, causando impacto emocional nos afetados, o que pode interferir na reconstrução da comunidade.

Os acidentes, por sua vez, referem-se a situações ou incidentes perigosos provocados por descargas acidentais de uma substância de risco para a saúde humana e/ou o meio ambiente. Essas situações incluem incêndios, explosões, fugas ou descargas de substâncias perigosas que podem causar morte ou lesões a um grande número de pessoas (Opas/OMS, 2013).

Uma situação de emergência, desastre ou acidente gera uma crise, desencadeada por uma percepção ou experiência de um fato ou uma situação tão crítica que os mecanismos de superação do indivíduo passam a não ser suficientes (Roberts, 2000; James e Gilliland, 2001). Como bem nos aponta Franco (2005, p. 178), "ninguém fica imune ao impacto de uma crise, mas cada pessoa a enfrentará com seus recursos, mesmo que em circunstâncias semelhantes". Assim, as reações a um desastre são variáveis, o que impossibilita prever o tempo de recuperação necessário a cada um. Existem fatores que podem contribuir ou dificultar a recuperação das pessoas, o que enfatiza o quanto é fundamental o suporte psicológico, visando atenuar o estresse agudo sofrido pelo indivíduo, auxiliando-o a lidar com aspectos emocionais envolvidos nas respostas às situações vividas, como veremos mais adiante neste curso.



O impacto de um desastre afeta tanto a comunidade atingida como os integrantes das equipes de emergência. Justifica-se assim a importância da capacitação em psicologia dos desastres, para que as equipes de emergência estejam preparadas para lidar com as reações e os sentimentos das pessoas atingidas, diminuindo os possíveis traumas e/ou as consequências prejudiciais após uma catástrofe. Nunca será demais levar a atenção para os cuidados necessários no preparo e cuidado dos profissionais que atuam em emergências, como ressaltam Enrencheich (2006) e De Soir (2006).



### 3. O QUE NOS DIZEM AS ESTATÍSTICAS SOBRE DESASTRES NO BRASIL E NO MUNDO

A Cruz Vermelha Internacional reportou em todo o mundo, no ano de 2010, 351 desastres naturais e 225 desastres tecnológicos, que provocaram o menor número, desde o início da década de 2000, de vítimas fatais - 10.551 em desastres naturais e 6.707 em desastres tecnológicos - e de pessoas afetadas - 142 milhões em decorrência de desastres naturais e 33 mil de desastres tecnológicos (*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2010*).

Podemos nos indagar sobre os motivos da queda nesses números e considerar que medidas de proteção têm sido desenvolvidas para conter desastres. A cada acidente aéreo, por exemplo, criam-se novas normas e alterações que visam evitar que outros venham a ocorrer. Com relação aos desastres naturais, pensamos que o uso de tecnologias cada vez mais avançadas muitas vezes ajuda o homem a prever e contornar situações como tornados, enchentes etc., porém, esses números estão longe do ideal, e milhões de pessoas ainda sofrem em decorrência de acontecimentos catastróficos.

Além do mais, apesar dos esforços feitos para reunir dados que correspondam exatamente à realidade do cenário dos desastres no mundo, o problema central na sua obtenção está relacionado à falta de metodologias e definições padronizadas pelas entidades que os reúnem em seus países. As informações, coletadas por diversas fontes públicas, não são especificamente colhidas para propósitos estatísticos; por isso, mesmo que os compiladores dos dados sigam rígidas definições e parâmetros para os acontecimentos considerados desastres, os fornecedores originais das informações não o fazem. Por exemplo, podem aparecer discrepâncias nos dados sobre o número de pessoas afetadas, devido à falta de uma



definição com parâmetros rígidos sobre quem são as pessoas afetadas em um desastre, assim como problemas decorrentes da utilização de informações antigas do censo a respeito daquela população das áreas afetadas (*ibidem*).

De acordo com os dados da Cruz Vermelha Internacional (*ibidem*), na última década, mais de 1 milhão de pessoas morreram em decorrência de situações de desastres. A esmagadora maioria deles (em torno de 90%) foi composta por desastres naturais. Quando falamos em pessoas afetadas, o número sobe exponencialmente, ultrapassando 2,5 bilhões no mundo todo.

Com relação ao Brasil, na última década (2000-2009), foram reportadas mais de 7,3 milhões de pessoas afetadas pelos desastres, com um número de mortos em torno de 2.664. No ano de 2009, as 1.871.486 pessoas atingidas no país representam 32,4% das 5.775.652 afetadas em todo o continente americano (*ibidem*).

O Centro de Investigação e Prevenção de Acidentes Aeronáuticos do governo brasileiro (Cenipa) registrou na década passada (2000-2009) 757 acidentes na aviação civil, totalizando 984 mortes em 245 acidentes com fatalidades. Já no ano de 2011, o total de acidentes chegou a 159, sendo 30 deles com fatalidades, chegando a 90 vítimas. Os relatórios recentes registraram, no período de 2012 a fevereiro de 2013, 209 acidentes, sendo 40 desses fatais, com 86 vítimas (Cenipa).

A Secretaria Nacional de Defesa Civil, em seu relatório de 2010, apresentou os seguintes números referentes aos 893 desastres reportados nesse ano no Brasil: o total de pessoas desalojadas foi de 201.336; o número de mortos chegou a 158; e o número de pessoas afetadas chegou a quase 12 milhões.



A grande maioria dos desastres estava relacionada a fenômenos climáticos, especialmente a alagamentos, enxurradas, deslizamentos e estiagem. Dos dados apresentados pela Defesa Civil, o estado do Rio de Janeiro apresentou o maior número de mortos (92) e de pessoas afetadas pelas situações de desastre, ultrapassando 6,5 milhões de indivíduos. A esmagadora maioria concentrou-se na cidade do Rio de Janeiro, com 43 mortes reportadas e mais de 6 milhões de pessoas afetadas em decorrência de deslizamentos em 2010.

Esses números apontam para a necessidade urgente de estudarmos as maneiras de intervir, não só na prevenção dos desastres, como também na atuação após o ocorrido, propondo formas eficazes de responder às necessidades da população sobrevivente, atingida direta ou indiretamente por eles.

A ONU lançou em 2010 a campanha Tornando as Cidades Resilientes, que visa à redução dos desastres no mundo. O programa, como o nome indica, tem por objetivo construir parcerias para que as cidades e os governos locais estejam preparados para responder às situações de desastres. No Brasil, as cidades de Blumenau, Jaraguá do Sul, Rio do Sul, Itajaí, Tubarão e Florianópolis (do estado de Santa Catarina), além de Campinas e Nova Friburgo, demonstraram sua preocupação com a situação das enchentes e seu potencial devastador, que atinge constantemente suas áreas, impactando de forma negativa a população, e uniram-se à campanha da organização em prol da redução dos desastres, sendo esse um passo extremamente relevante do comprometimento das autoridades políticas frente à causa (ONU, 2013).



## 4. HISTÓRICO DA PSICOLOGIA DE EMERGÊNCIAS E DESASTRES

Temas relacionados às emergências e a desastres nunca foram tão manifestos em nível mundial como atualmente. Não se trata apenas de um número cada vez maior de notícias a respeito, mas de uma interatividade impensável há até alguns anos. Desastres e emergências ocorrem e é possível acompanhá-los em tempo real, no aqui e agora, o que se torna cada vez mais comum no cotidiano das pessoas.

Pode-se pensar que o número de incidências aumentou, mas não se pode perder de vista a comunicação e a interação presentes no cenário mundial. Discutir emergências e desastres é também refletir a respeito de comunicação e informação, uma vez que esses elementos fazem parte do contexto e podem auxiliar ou não no andamento das operações de intervenção necessárias.

Há pelo menos seis décadas a comunicação de massa tem contribuído para o acesso cada vez mais eficiente e efetivo a ocorrências e notícias no mundo. O século XIX pode ser considerado o marco cronológico da era da comunicação de massa, mas foi a partir do século XX, com o surgimento da televisão, que esse alcance pôde ser claramente observado, e complementado no final do século com o impacto da era da informação, marcada pela popularização dos computadores e sua inserção no dia a dia das pessoas. A internet promoveu uma forma de interação entre as pessoas que acontece em tempo real, seja por imagens, textos ou redes de relacionamento (Mendes, 2007).



As possibilidades que o indivíduo tem, em especial pela internet, de buscar e mesclar informações confiáveis e não confiáveis mostram que as pessoas querem participar da feitura de notícias, que elas não têm interesse em ser meros espectadores, mas sim personagens ativas na divulgação ou mesmo na gravação de vídeos e fotos (Mendes, 2007). Há uma mudança na atitude geral, de uma posição passiva de receber informações para construir e replicar notícias. Isso pode ser observado com clareza em recentes acontecimentos que provocaram comoção mundial, como o terremoto e o tsunami ocorridos no Japão, no início de 2011.

Apesar desse cenário, pouco se divulga a respeito do impacto dos desastres na vida e no cotidiano de quem sofre e de quem assiste ou divulga a notícia. A psicologia, em especial, tem sido convidada constantemente a participar do debate e do diálogo com as pessoas que enfrentam tais situações. Nesse sentido, pode ser acrescentado que discutir a respeito de emergências e desastres é também analisar o impacto ocasionado por estes na vida dos indivíduos e as maneiras como podem ser abordados e cuidados.

Não é possível datar o exato momento em que se iniciaram as intervenções em crises; a estruturação teórica e conceitual da denominada psicologia de emergência e desastre, no entanto, data do início do século XX. As primeiras aplicações da teoria de intervenção em crises foram relatadas pelo suíço Edward Stierlin. Em seu trabalho *Psychoneuropathology as a result of a mining disaster*, publicado em 1909, ele focou no atendimento dos envolvidos em uma explosão de uma mina de carvão no norte da França em 1906. Mais de mil mineiros morreram no acidente; os princípios da intervenção em crises foram utilizados para o acompanhamento de seus familiares e amigos, sendo a grande maioria deles crianças (Mitchell e Everly, 2000; Polk e Mitchell, 2009).



Com base nesse estudo, Stierlin concluiu que emoções consideradas violentas, ou seja, repentinas e com intensa carga de estresse, podem contribuir para o surgimento de morbidades psiquiátricas, em especial nos mais idosos, que apresentaram maior vulnerabilidade para essas doenças. No caso das crianças analisadas, a situação foi inversa, e o foco recaiu sobre a resiliência que estas demonstraram em acontecimentos tidos como traumáticos (Halpern e Voiskounsky, 1997).

Posteriormente, importantes contribuições para o campo das intervenções em crises foram dadas pelos trabalhos realizados durante as duas guerras mundiais, com destaque para Salmon, na Primeira Guerra Mundial, e Kardiner e Spiegel, na Segunda Guerra Mundial (Noy, 2004). O foco estava na análise das informações clínicas coletadas com base nos atendimentos aos veteranos das duas guerras. Salmon desenvolveu, com base nas observações dos exércitos britânico e francês, um modelo de tratamento próximo ao campo de batalha no qual oferecia suporte psicológico aos combatentes, com o objetivo de auxiliar no enfrentamento da constante ameaça vivida e minimizar os efeitos devastadores dessa situação. Kardiner e Spiegel, com base no material coletado, elaboraram o conceito de trauma como um acontecimento externo que inicia uma abrupta mudança no processo prévio de adaptação e suplanta a capacidade de funcionamento do indivíduo (*ibidem*).



Segundo Mitchell e Everly (2000), com base nesses desenvolvimentos mencionados foram formulados os três princípios da intervenção em crises: urgência, proximidade e expectativa. Os principais objetivos desse tipo de atuação são vistos na estabilização da situação corrente, na assistência aos envolvidos para facilitar a mobilização de seus recursos e na restauração de um nível adaptativo de funcionamento independente para os envolvidos que se aproxima do nível de adaptação pré-crise.

Além desses avanços teóricos, as Grandes Guerras, como observado, trouxeram novas formas de atuação e atendimento. Durante a Primeira Guerra Mundial, tivemos os primeiros relatos de intervenções realizadas com combatentes *in situ*, o que possibilita uma nova abordagem para os envolvidos em situações de crise. Já na Segunda Guerra Mundial, foram utilizadas de maneira efetiva as primeiras intervenções psicológicas, realizadas por meio dos "desabafos" nos campos de batalha, um dos precursores da ideia do *debriefing*, que será abordado em profundidade nos capítulos posteriores (Guimarães e Guimarães, 2007).

Apesar da importância das contribuições desenvolvidas pelos pesquisadores citados, Mitchell e Everly (2000) apontam Eric Lindemann como um dos pioneiros do moderno modelo teórico e prático de intervenção em crises. Lindemann (1944) realizou a primeira pesquisa sobre a intervenção psicológica no pós-desastre, baseada nos sobreviventes e familiares de vítimas de um incêndio ocorrido em 1943 no clube noturno Coconut Grove, em Boston, Estados Unidos, onde aproximadamente 500 pessoas morreram.



A pesquisa, intitulada *The symptomatology of management of acute grief*, descreve as características do luto normal e a provável sequência de reações da vítima/sobrevivente, que inclui reações somáticas ou sofrimento corporal, preocupação com a imagem do falecido, culpa, reações hostis e perda dos padrões de conduta. A partir de seu trabalho, teve início o termo "trabalho de luto", que descreve o processo vivenciado pelo enlutado.

Posteriormente, Caplan uniu-se a Lindemann com o intuito de criar o primeiro centro de intervenção em crises dos Estados Unidos, o que possibilitou um aprofundamento nas definições da teoria e prática dos trabalhos realizados (Mitchell e Everly, 2000). Enquanto o foco de Lindemann estava principalmente na resolução do luto após a perda, Caplan expandiu o pensamento de Lindemann, analisando não apenas o trauma da perda de um ente querido, mas qualquer outra perda que decorra de um desastre. Nesse sentido, Caplan considerava a crise um estado que resulta no impedimento de objetivos da vida que não podem ser superados com base nos comportamentos usuais (DassBrailsford, 2007).

Um fato importante levantado por Polk e Mitchell (2009) é o de que, nos seus primeiros 30 anos de existência, os serviços de intervenções em crises focavam quase que exclusivamente na vivência do indivíduo, e somente a partir da década de 1930, com o trabalho de Kurt Lewin, um especialista em grupos, foram iniciadas aplicações da intervenção em crises para grupos.



Com base nas ideias desenvolvidas por Lewin, tornou-se possível o desenvolvimento de métodos de intervenção diferenciados para grupos, iniciados nas décadas de 1970 e 1980. Um dos principais métodos foi o *Critical Incident Stress Management* (CISM), no qual foram incorporados procedimentos para grandes e pequenos grupos. O CISM consiste em uma técnica de curta duração que foca em um problema imediato e identificável. No caso das crises, o foco está no processo de pré-crise, crise e pós-crise. Esse método tem como objetivo principal permitir o retomo à rotina para os atingidos o mais rapidamente possível, procurando mitigar as chances de desenvolvimento de um transtorno de estresse pós-traumático (Mitchell, 2006).

Em 1970, a Associação Americana de Psiquiatria publicou um manual de auxílio psicológico em emergências, no qual são descritos diversos tipos de reações clássicas aos desastres e os princípios básicos para identificação de riscos das pessoas afetadas emocionalmente e psicologicamente. Material semelhante pode ser encontrado atualmente, desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria em parceria com o National Child Traumatic Stress Network e o National Center for Post Traumatic Stress Disorder, com segunda edição elaborada em 2006, intitulada *Psychological First Aid* (PFA), disponível no site da associação. A obra explica o que é o atendimento psicológico em situações de desastres ou terrorismo, quais os profissionais envolvidos e em que situações e onde deve ser utilizado, além de apresentar os objetivos básicos desse atendimento específico.

Em 1971, foi criada na França a organização médico-humanitária Internacional Médicos Sem Fronteiras (MSF) por jovens médicos e jornalistas que atuaram como voluntários no fim dos anos 1960 em Biafra, na Nigéria. O apoio psicológico faz parte dos cuidados oferecidos pelo MSF e ocupa um lugar importante na medicina



humanitária; é oferecido às pessoas que apresentam problemas após vivenciar episódios de violência e perda em contextos de conflito, guerra, catástrofes naturais, epidemias ou, ainda, violência sexual.

Após esse grande avanço na década de 1970, merecem destaque também as décadas de 1980 e 1990, que se caracterizaram por uma tendência a desenvolver estratégias de intervenção psicológica em nível mundial, com importante participação dos Estados Unidos, da América Central e da América do Sul. Complementarmente ao desenvolvimento de estratégias, há um maior detalhamento nos estudos que se referem ao impacto psicológico nas equipes acionadas nos primeiros momentos dos desastres (Alamo, 2007). Com isso, abre-se um novo campo no qual não somente é observado e analisado o impacto nos atingidos diretamente pelo incidente, mas também nas equipes que trabalham com esse público.

Concomitantemente, na Europa, na década de 1980, organizou-se um grupo para enfrentamento das catástrofes denominado *Euro Act Dis*, cujo objetivo era reunir profissionais experientes com interesse na área de desastres para desenvolver um corpo metodológico comum para as ações de enfrentamento dos desastres em toda a Europa. Um dos países que se destacaram nesse período foi a Espanha, que passou a desenvolver uma linha de trabalho sobre os efeitos psicológicos das experiências traumáticas dos desastres e acidentes, em especial após alguns acontecimentos ocorridos no país como, por exemplo, atos terroristas (López-Ibor, 2004).

Em 1991, a Cruz Vermelha criou o Centro de Copenhague de Apoio Psicológico, com o intuito de desenvolver orientações e recomendações para o Programa de Apoio Psicológico da Federação Internacional e para as Sociedades Nacionais, para



que estas incorporassem o apoio psicológico em seus programas e projetos. Desde a criação desse centro de referência, o apoio psicológico nas ocasiões de crise, seja no plano pessoal ou comunitário, tem sido cada vez mais presente, tanto em operações de socorro e apoio como ao lado de programas de moradia, alimentação e saúde (Cherpitel, 2001).

Em 2002, ocorreu o I Congresso de Psicologia das Emergências e dos Desastres em Lima, no Peru. Nele foi criada a Federação Latino-Americana de Psicologia das Emergências e dos Desastres (FLAPED), integrada por Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Equador, Guatemala, México, Estados Unidos e Peru. Seus principais objetivos estavam baseados na investigação, no ensino e na assistência por meio da geração de conhecimentos da especialidade da Psicologia em Emergência e Desastres. A instituição não obteve os resultados esperados e não chegou a funcionar, mas contribuiu para levantar ainda mais as discussões referentes ao tema na América Latina, com destaque para o Brasil (Ruiz, 2011).

Em março de 2004, foi criada a *Sociedad Chilena de Psicología en Emergencia y Desastres* (SOCHPED), constituída por psicólogos com experiência em intervenção, capacitação, investigação, desenvolvimento, extensão e demais atividades associadas às temáticas do comportamento humano, das emergências e dos desastres. A sociedade possui vínculos com institutos, fundações, universidades nacionais e internacionais e sociedades, com destaque para a Rede Latino-Americana de Psicologia em Emergência e Desastres.

No Brasil, o primeiro registro do processo histórico de inserção da psicologia no estudo, na pesquisa e na intervenção nas emergências e nos desastres é datado de 1987, como acidente do césio-137, em Goiânia, considerado o maior acidente radioativo do país. Em 1992 a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a



Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade Católica de Goiânia (UCG), em conjunto com uma equipe de psicólogos cubanos que já havia atuado no acidente nuclear de Chernobyl (ocorrido na Ucrânia em 1986), realizaram atendimento aos atingidos pelo césio-137, adaptando o mesmo programa utilizado em 1986 às necessidades da comunidade afetada (Cogo, 2010).

Em 2001, estabeleceu-se em São Paulo, pelo 4 Estações Instituto de Psicologia, a partir de grupo formado originalmente pelo Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto da PUC-SP (LELu), em 1996, o Grupo de Intervenções Psicológicas em Emergências (IPE), cujo objetivo é oferecer atendimento psicológico especializado a pessoas e comunidades vítimas de desastres, acidentes e incidentes críticos geradores de estresse, trauma e/ou luto, além de capacitar psicólogos para essa área de atuação especializada.

No ano de 2006, realizou-se o I Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres, em Brasília, em uma parceria entre a Secretaria Nacional de Defesa Civil e o Conselho Federal de Psicologia, no qual se discutiu e analisou várias questões sobre o desenvolvimento dessa área no Brasil. No mesmo momento, aconteceu a Iª Reunião Internacional por uma Formação Especializada em Psicologia em Emergência e Desastres, que procurou sintetizar elementos curriculares para compor a formação dos futuros profissionais aptos a colaborar com a Defesa Civil.

No ano de 2010, foi realizada em Brasília a Iª Conferência Nacional de Defesa Civil e Assistência Humanitária, com o objetivo de discutir as atuais demandas na área de desastres e possibilitar a reflexão para um modelo de política preventiva, não somente de atuação pós-desastre. O relatório final dessa conferência pode ser encontrado no site da Secretaria Nacional de Defesa Civil.



Mais recentemente, em novembro de 2011, foi realizado o Seminário Nacional de Psicologia em Emergências e Desastres, que teve como objetivo discutir a atuação do Conselho Federal de Psicologia no tema das emergências e dos desastres no plano nacional e internacional, além de analisar e discutir a possibilidade de atuação da psicologia das emergências e dos desastres em sua interface com a defesa civil.

Além desses acontecimentos, foram observadas na mídia especializada abordagens relativas ao tema, como, por exemplo, na capa da revista *Psique*, na edição nº 51 (2010), na qual o destaque foi para a matéria "Psicologia para emergências"; além desta, ainda pode ser observada nos jornais informativos dos Conselhos de Psicologia uma maior preocupação com a importância e relevância desse assunto.

Nota-se que as discussões referentes à psicologia de desastres ainda são muito recentes, em especial no Brasil, e há um grande campo a ser explorado. Nesse sentido, as discussões presentes neste livro podem ser vistas como marcos para o desenvolvimento e aprofundamento nas questões relacionadas ao tema.



## 5. GRUPOS ATUAIS DE RESPOSTA A EMERGÊNCIAS NO MUNDO E NO BRASIL

Grupos com atuação em emergência estão se formando nas últimas décadas e se aperfeiçoando para suprir a necessidade de dar suporte amplo e especializado às vítimas de desastres, tanto naturais quanto tecnológicos.

Com base em levantamento acerca da atuação desses grupos, pudemos notar que existem tanto aqueles que trabalham exclusivamente com as questões psicológicas dos desastres como os que dão apoio e suporte às vítimas de uma maneira geral, tendo como membros diferentes especialistas.

Nas pesquisas realizadas foram encontrados grupos atuantes em diversos países das Américas Central, Latina e do Norte, Ásia e Europa. Estes serão apresentados cronologicamente com referência à data de sua criação.

Um dos grupos mais internacionalmente conhecidos por sua atuação em desastres é a Cruz Vermelha Internacional, uma organização humanitária fundada em 1865, com sede na Suíça. A comunidade internacional designou à Cruz Vermelha Internacional a tarefa de promover o Direito Internacional Humanitário e zelar por seu respeito. Trabalha em todo o mundo para prestar assistência às pessoas afetadas por conflitos armados e outras situações de violência.



A Cruz Vermelha Internacional conta hoje com mais de 1.200 pessoas, sendo mais da metade do grupo composta por especialistas, dentre os quais estão administradores, secretários, médicos, enfermeiros, intérpretes, engenheiros, entre outros. Esses funcionários expatriados ou estrangeiros estão distribuídos em mais de 50 delegações, com o apoio de aproximadamente 9.000 colaboradores locais (*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*, 2010).

A Associação Mundial para a Redução e Medicina de Emergência (Wadem), grupo criado em Wisconsin, nos Estados Unidos, é uma organização não operacional, não governamental e multidisciplinar, cuja missão é a melhoria global da assistência médica nos momentos pré-hospitalares e de emergência; melhoria da saúde pública; e melhoria na capacidade de prevenção. Foi fundada em 1976 e é composta por médicos, enfermeiros, professores, paramédicos, psicólogos, assistentes sociais, estudantes, dentistas, sociólogos, planejadores e gestores de emergência e autoridades de saúde pública, representando 55 países do mundo.

Nos Estados Unidos, há um programa denominado *Community Emergency Response Team* (CERT), que foi desenvolvido e implementado pelo *Los Angeles City Fire Department* (LAFD) em 1985. O CERT tem como objetivo o treinamento e a certificação de cidadãos comuns e funcionários do setor público e privado, a fim de torná-los aptos a prestar assistência de emergência no próprio bairro durante as primeiras 72 horas após um desastre. Esses cidadãos são preparados para atuar em situações de tempestades severas, incêndios florestais perto da cidade, grandes terremotos, distúrbios civis ou outras calamidades, além de derramamentos de materiais perigosos.



O programa treina os cidadãos em habilidades básicas de resposta a desastres, tais como segurança contra incêndios, busca e salvamento e organização de uma equipe. O objetivo é que os membros do CERT possam ajudar outras pessoas em seu bairro ou em seu local de trabalho após um acontecimento, quando o atendimento de emergência ainda não tiver chegado.

Na Ásia, há a atuação do *Asian Disaster Preparedness Center (ADPC)*. Criado em 1986, trata-se de uma organização sem fins lucrativos que tem por objetivo efetivar programas e projetos para diminuir o impacto dos desastres dos países e das comunidades na Ásia e no Pacífico.

Em Genebra, há o Grupo de Psicólogos da Associação de Genebra (AGPsy), formado em 1996, inicialmente com o objetivo de atuar em acontecimentos como suicídios, acidentes graves, afogamentos, roubo, sequestro, assalto, assassinato e outras situações críticas. A partir de 2001, no entanto, ele juntou forças com a polícia de Genebra, além de psicólogos e psicoterapeutas, para formar um grupo de intervenção psicológica em situações de crise e catástrofes.



## UNIDADE II

### 1. INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM EMERGÊNCIAS: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁXIS

*A ideia de ter um grupo exclusivamente para trabalhar com emergências "começou no LELu (Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto - PUC- SP) e a primeira atividade concreta foi quando ocorreu uma explosão em um shopping, em uma cidade próxima a São Paulo. Era véspera do Dia dos Namorados em 1996 e o shopping estava lotado.... Quando cheguei em casa, fiquei pensando o que poderia fazer. Sentia e queria fazer alguma coisa. Isso de querer fazer alguma coisa está sempre presente em mim. Isso é um pouco perigoso pois nem sempre se está preparado para fazer alguma coisa.... Não foi uma situação improvisada, mas com certeza naquela época não tínhamos os recursos que temos hoje no IPE".*

(Trecho extraído da entrevista com a professora. Dra. Maria Helena Pereira Franco, em 20/5/2011)

A prática do psicólogo em emergência tem esta característica: o que aos olhos externos pode parecer trivial e pouco relevante, tal como um psicólogo oferecer um copo de água ou um lenço a quem está em sofrimento, é um procedimento técnico teoricamente fundamentado. Neste capítulo, será apresentada a construção de procedimentos dessa ordem, que, explicados na sua origem histórica, poderão ser contextualizados e compreendidos como uma tentativa de construção de um modelo da atuação do psicólogo em emergências. É um modelo ainda em formação no Brasil, mas que se encontra em processo de contínuo aprimoramento.



Desastres são fenômenos universais ocasionados pela natureza ou intervenção humana e que causam impacto nas pessoas, na comunidade, no país e até mesmo em outros países. Ocorrem reações de ordem intrapsíquica individual e psicossocial. Para o *International Work Group on Death Dying Bereavement* (2002), desastre é um acontecimento traumático que causa perda de vidas, da saúde e de bens materiais e impacta muitas pessoas. Indivíduos que trabalham com desastres devem reconhecer que há uma diversidade multiétnica e cultural que necessita ser considerada fortemente em sua atuação.

Para Cohen (2006), os desastres apresentam-se em fases: ameaça; impacto; consequências de curto, médio e longo prazos. As pessoas afetadas pelos desastres podem ser vítimas fatais; sobreviventes (feridos ou não, com sequelas, mutilados, desabrigados, desaparecidos, psicologicamente afetados); membros da família; amigos íntimos; colegas; pessoas que testemunharam a ocorrência; profissionais da mídia; espectadores; pessoal dos primeiros socorros; outros envolvidos (cuidadores, voluntários, observadores, comunidade, público em diferentes graus de envolvimento, governo).

Janoff-Bulman (1992) indica algumas das crenças universais que são profundamente abaladas diante de um desastre, como: um mundo justo, gente confiando em gente, habilidade de controlar e mudar, segurança e congruência no universo.



Cohen (2006) e Dodge (2006b) mostram-nos que os modelos de assistência à saúde pública em desastres trabalham com a expectativa de que a equipe de saúde mental tenha tido um treinamento tanto com relação à organização numa situação de desastre como às tarefas e ações que precisam ser acionadas. O contato com os líderes regionais é fundamental na troca de informações para uma atuação pontual. É necessário que haja também suporte para sua locomoção, hospedagem e alimentação, além de segurança no local onde irá atuar. Destacam ainda que a equipe de saúde deve prover suporte emocional durante o período agudo que se segue a um desastre. Essa ação ajuda os sobreviventes a expressar e entender o estresse gerado pelo desastre e as reações de luto, auxiliando cada um no resgate do seu equilíbrio e funcionamento. São dadas informações sobre as reações e os comportamentos esperados em situações de desastre.

Greenstone (2008) ressalta que as ações precisam ser pautadas tanto em formação como em autocuidado. Com isso, afirma que o psicólogo que atua em emergências não pode deixar de lado sua humanidade e nem ignorar que o sofrimento humano o toca também, o que acarretaria, se não bem trabalhado, adoecimento psíquico para ele.

Na construção de umas práxis, buscávamos pela experiência avaliada, criticada e reformulada por aqueles que nos precederam. Foi um alento encontrar nesse percurso aqueles que nos inspiraram e com os quais fizemos uma interlocução, ainda que abstrata, sempre que voltávamos de um acionamento ou nos preparávamos, fosse nos treinamentos regulares ou no preparo para uma resposta específica.



## 2. O INÍCIO DO GRUPO IPE

A formação do grupo teve início em maio de 2001, quando a professora Dra. Maria Helena Pereira Franco convidou cerca de 20 psicólogos com experiência na área da saúde, parceiros de pesquisa ou mesmo com experiências profissionais diversas para compor o grupo em resposta a uma portaria do então Departamento de Aviação Civil- DAC (Portaria 19/DGAC, de 12/1/2000), que dizia:

*Todas as empresas aéreas que operam no e para o Brasil, em caso de desastre com alguma de suas aeronaves, tinham de assistir aos familiares dos passageiros embarcados. Ou seja, elas deveriam, entre outras providências, disponibilizar um serviço de telefone gratuito, como 0800, para informações relativas ao acidente, fazer notificação pessoal às famílias das vítimas antes da divulgação da lista de passageiros pela imprensa e ainda proporcionar algumas facilidades aos familiares, como transporte para o local do desastre, hospedagem, alimentação, assistência médica e psicológica, enfim, um canal direto, treinado e específico de comunicação entre os envolvidos no acidente e a companhia aérea.*

Havia também, na época, uma proposta de prestar serviço a uma empresa aérea brasileira, em conformidade com a determinação legal. Tal solicitação surgiu a partir de uma experiência de serviço voluntário prestado a essa empresa em 1996, por ocasião de um acidente aéreo, por integrantes do Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto (LELu), da PUC-SP. Essa experiência, pioneira e seminal, evidenciara a importância de desempenhar essa ação, mas também sua precariedade, pela própria condição do acidente e por não existirem então maiores sistematizações a respeito desse tipo de intervenção. Foi uma experiência relatada e discutida além dos muros da universidade, pelo ineditismo e pelas questões apontadas por profissionais que não eram da área da saúde (Falco, 2003). Alguns



dos psicólogos que participaram do LELu foram convidados para participar desse grupo que se formava exatamente porque já tinham essa bagagem a acrescentar.

Na ocasião, pactuou-se a necessidade de reuniões periódicas a fim de se desenvolver treinamento específico para as futuras intervenções, bem como a necessidade de estarmos disponíveis 24 horas por dia e 365 dias por ano.

Aqui cabe um primeiro destaque quanto à especificidade do trabalho psicológico em emergência: é necessário um treinamento especial, já que a formação generalista do psicólogo ainda não contempla de forma consistente essa modalidade de atuação. Há necessidade também de um preparo profissional para trabalhar com disponibilidade integral e sob o impacto de carga emocional forte. Nesses incidentes, as emoções são intensas. Existem aquelas vivenciadas no âmbito do coletivo, que dizem respeito aos envolvidos e à população em geral, e existem também as emoções vivenciadas particularmente pelo psicólogo.

Não se pode esquecer de que, na representação social da figura do psicólogo, espera-se que seja o indivíduo que tenha em si - e suscite nos outros - o controle emocional, mesmo que a situação seja caótica e desorganizadora. Para administrar todas essas emoções, há necessidade de autoconhecimento, reconhecimento do impacto do acontecimento nas emoções e sentimentos, atenção aos seus limites e autocontrole e muita atenção ao autocuidado.

Ao mesmo tempo, requer conhecer e respeitar a equipe, sabendo reconhecer as possibilidades técnicas e pessoais de cada um de seus membros, assim como seus limites, lembrando que, ao longo do tempo, existem as variações e prioridades inerentes ao ciclo vital das pessoas.



Bruck (2007) apontou a dificuldade de integrar os conhecimentos da psicologia das emergências à prática de outros profissionais que atuam na resposta a desastres e situações traumáticas. Nossa experiência pode constatar isso em muitas situações, até mesmo na construção de uma identidade, que não poderia ser abstrata, e sim fundada em vivências. Ainda concordando com Bruck, identificamos uma área de confluência entre os conhecimentos advindos da psicologia social e aqueles da psicologia clínica. Essa confluência carece de fronteiras mais definidas, muito embora a prática evidencie que não são as fronteiras que constroem a área.

Wallon (2007) demarca que toda emoção vem sempre acompanhada de alterações orgânicas, tais como taquicardia e sudorese, ou seja, além do mal-estar psíquico, o mal-estar físico também pode estar presente, demandando, em alguns momentos, intervenção médica.



### 3. O PRIMEIRO ACIONAMENTO

Logo na sequência da formação do grupo, houve, em julho de 2001, um acionamento devido ao falecimento por acidente do presidente de uma empresa aérea. Na ocasião, identificou-se a necessidade de ampliação do estudo sobre os processos comunicacionais. Nas situações de emergência, a comunicação deve ser clara, limpa, objetiva e funcional, já que há muitos ruídos comunicacionais que podem envolver facilmente a todos os atores. Ou seja, a comunicação representa um fator de risco à atuação profissional, que facilmente pode se desarticular ou mesmo ser questionada quanto ao posicionamento profissional ou ético frente à "Torre de Babel" que se instala em meio às crises.

A compreensão do comportamento não verbal e do vínculo entre os membros do grupo apresentou-se como uma necessidade e ferramenta de trabalho. Uma equipe que se propõe a atuar em emergência precisa conhecer as especialidades e habilidades de seus membros - por exemplo, saber quem é mais especializado em quadros psicopatológicos, atendimento familiar ou de grupos, trabalho com crianças ou adolescentes -, além de identificar no grupo os profissionais que têm disponibilidade para viagens nacionais e internacionais, domínio de outros idiomas, documentação atualizada para viagens internacionais, vacinas, entre outros.

No trabalho com emergências, o inusitado faz parte do escopo da intervenção. Portanto, quanto mais estável for a configuração e o reconhecimento do grupo, mais se conseguirá garantir algum sentido orientador. Atuar com emergências implica trabalhar com um tempo de resposta ímpar, ou seja, tem-se de pensar em como abreviar o tempo de resposta e a organização, baseados nas poucas informações disponíveis num primeiro momento.



## 4. APRENDIZADOS E INVENÇÕES

A partir do primeiro acionamento, os integrantes do Grupo IPE aproximaram-se muito, afetiva e tecnicamente. Não havia mais dúvidas de que se tratava de um grupo de psicólogos com uma proposta de trabalho diferente, surgindo, a partir de então, a necessidade de sistematizar seu significado, agora tornado público, por meio da discussão de teorias, técnicas e procedimentos práticos.

No *Handbook of international disaster psychology*, Dodge (2006a) afirma que o ideal seria que, em uma situação de desastre, a avaliação das necessidades psicossociais fosse realizada logo no início da emergência e a equipe iniciasse o trabalho com todos os seus integrantes desde o início das intervenções, facilitando assim o relacionamento e fortalecendo condutas de trabalho.

Greenstone (2008) destaca também a força do preparo para uma pronta resposta, que seja direcionada para a solução do problema hierarquizado como prioritário, de maneira a não dispersar esforços, tempo e saúde. Suas orientações quanto a estar sempre de prontidão, informar e preparar a família sobre a possibilidade de acionamento, ter pronta uma mochila com o necessário para um deslocamento, entre outras, é fundamental para os psicólogos do IPE e checadas periodicamente, em exercícios de acionamento.



## 5. TEORIAS E TÉCNICAS

Concluiu-se que, para atuar nessa área, não é necessário que todos os integrantes do grupo sigam a mesma abordagem específica da psicologia, e sim que, de acordo com a literatura (Alamo, 2007; Greenstone, 2008; Janoff-Bulmann, 1992; Cohen, 2006; Dodge, 2006a; Bruck, 2007), tenha conhecimentos sobre:

- Processos de formação e rompimento de vínculos;
- Luto e morte;
- Desastres e trauma;
- Técnicas de comunicação;
- Técnicas de *debriefing*, *defusing* e desmobilização psicológica;
- Técnicas de enfrentamento e manejo de estresse;
- Manejo de *burnout*;
- Psicoterapia e dinâmica de grupo;
- Técnicas de intervenção comunitária;
- Recuperação de redes de suporte social;
- Resolução de problemas em situação de estresse;
- Técnicas de atendimento em situação de crises;
- Estratégias para manejo da raiva.

Mesmo sem uma padronização teórica, dada a grande diversidade de temas sobre os quais nos debruçávamos, ainda mantemos uma unicidade em postura e procedimentos. Cientes de situações que podem apresentar maior dificuldade no manejo, uma das regras a respeitar sempre é a de comunicação honesta com o coordenador geral e/ou com o coordenador local. Essa conduta visa prevenir ruídos



na comunicação, bem como manter uma observação constante sobre as frequentes mudanças no cenário, que podem demandar alterações na orientação.

Um exemplo dessa conduta está no acompanhamento a rituais fúnebres, como velórios, enterros e cerimônias de cremação. No acompanhamento às famílias no momento do enterro de seus familiares, o psicólogo deve considerar a situação com grande potencial de risco de desorganização emocional, necessitando de proximidade e acolhimento, de forma preventiva. Trata-se de uma população de risco que necessita preventivamente dos serviços de saúde mental. O grau de sofrimento pela perda varia de acordo com o vínculo afetivo entre o enlutado e o falecido, entre outros fatores, como o tempo decorrido entre o desastre e a identificação do corpo. É necessário auxiliar essas pessoas no enfrentamento de seu luto, sobretudo no movimento de reconstrução de uma rede de apoio. A colaboração dos representantes religiosos também pode ser muito importante aos sobreviventes, especialmente quando os corpos não foram encontrados ou resgatados.

Quando há a necessidade de os sobreviventes ou familiares de vítimas fatais serem acolhidos em abrigos, avaliamos as condições de cada um para lidar com problemas e enfrentar desafios num ambiente compacto e desconhecido. É importante a realização de uma triagem para oferecer recursos em função do número de cuidadores. As intervenções precisam ser planejadas considerando as urgências, a situação emocional dos sobreviventes e a capacidade dos trabalhadores nos abrigos. As intervenções devem visar ao conforto físico, incrementar a capacidade de organização da vida e oferecer suporte para a convivência entre os sobreviventes. Devem também verificar recursos disponíveis para que se reorganizem num ambiente onde permanecerão por dias, semanas ou meses.



## 6. A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DO PSICÓLOGO QUE ATUA EM EMERGÊNCIAS

*Nós já demos copo de água para as pessoas, já demos lençinhos de papel para quem chorava, já conversamos com crianças, dentre tantas outras coisas. Acho interessante este questionamento sobre o atendimento que fazemos no IPE! Nós rompemos uma barreira quando paramos de fazer a pergunta: "Isso é coisa de psicólogo"? Quando nos perguntávamos isso, a resposta que conseguíamos era: "Dentro do tradicionalmente conhecido, não"! Nós atuamos sob a ótica de um novo paradigma. Pense no seguinte: quando damos um copo de água para alguém, a pessoa bebe e a água ingerida faz com que seu diafragma funcione melhor, faz com que ela respire melhor e isso significa mandar mais oxigênio para o cérebro e este, por sua vez, vai funcionar melhor. Então, tem muito mais em um copo de água do que se possa imaginar. Dar água para alguém é também um ato de caridade. Quando se dá um copo de água para uma pessoa, você está criando uma forma boa de "chegar" na pessoa! Esses são alguns exemplos sobre o significado de um simples copo de água que damos a alguém. A partir desse entendimento novo paradigmático, as pessoas param de perguntar e passam a entender que atuamos em diferentes settings e de diferentes formas.*

(Trecho extraído da entrevista feita com a professora Dra. Maria Helena Pereira Franco, em 20/5/2011)

O sentimento de identidade de grupo bem definido mostrou-se uma condição indispensável.



Frequentemente, novas definições de identidade partem da negativa de outras, definindo-se pelo que não é; traça-se um paralelo entre os pontos de convergência e divergência com seus interlocutores, ou seja, a atuação não é a do psicólogo clínico, a do médico ou enfermeiro, tampouco a do assistente social. É fato que o psicólogo que atua nas emergências tem interlocução com esses outros profissionais da área de saúde e, por isso, tem de aprender a falar para além do "psicólogo" e, balizado pelo posicionamento ético, saber ouvir e fugir dos bordões.

Bruck (2007) afirma que a psicologia das emergências estuda o comportamento das pessoas nos acidentes e desastres desde uma ação preventiva até o pós-trauma, podendo subsidiar intervenções de compreensão, apoio e superação do trauma às vítimas e aos socorristas. Abrange desde a experiência pessoal do estresse pós-traumático até os acontecimentos adversos provocados por calamidades, sejam elas naturais e/ou provocadas pelo homem.

Alves, Lacerda e Legal (2012), após cuidadosa e sistemática revisão de estudos da atuação do psicólogo diante de desastres naturais, concluem que os estudos pesquisados apontam para a ação do psicólogo no pós-desastre relacionada à identificação de transtornos mentais, com foco principal no TEPT. Dessa forma, pouco se diz a respeito do preparo desse profissional e pouco se reflete sobre a prática.



As equipes multiprofissionais surgem em resposta à complexidade das questões que envolvem os atendimentos em emergência que evocam as intervenções em várias frentes. Nesse percurso, cada equipe vai se redefinindo, dialogando e complementando as ações, sem, no entanto, confundir os papéis ou as hierarquias.

Além da dificuldade na autodenominação do psicólogo que atua em emergências, na época (2001) tampouco existia no Brasil um eco social que reafirmasse sua identidade. Ao contrário, era esperado que o psicólogo, com muita habilidade, rapidamente esclarecesse sua função aos pares e prontamente entrasse em ação. Muitas vezes, ele era visto como assessor do médico ou representante da empresa que o contratava, ou então como o profissional que deveria quase magicamente adequar aquela pessoa que está dando mais trabalho a uma expectativa de controle. Havia sempre a árdua tarefa de esclarecer que o papel, em um primeiro momento, era o de ouvir, acolher e, algumas vezes, orientar, o que com frequência era decodificado como..., não fazer nada!



## 7. DIFERENÇAS ENTRE A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO E A DO PSICÓLOGO DE EMERGÊNCIAS

O psicólogo clínico dista do psicólogo de emergência em seu escopo de intervenção, *rapport*, enquadre inicial e contrato, local e tempo.

Esse profissional, em geral, é procurado por seus pacientes com uma demanda inicial de atendimento. O psicólogo de emergências chega nas primeiras horas após um acidente oferecendo um serviço que, pelas suas características tradicionais e em razão do estereótipo vigente, muitas vezes é lido como supérfluo diante da gravidade dos fatos. O que hoje já é diferente, na verdade, considerando-se que, na trajetória do Grupo IPE e de outros grupos de trabalho, vem-se delimitando o papel do psicólogo nesse contexto e construindo uma nova modalidade do fazer psicológico.

Pode-se dizer que, se o psicólogo clínico é passivo no recebimento de sua clientela, um psicólogo que atua em emergências aproxima-se, é proativo em sua abordagem, porque sabe que os sobreviventes de uma emergência - vítimas e/ou testemunhas - e os familiares das vítimas apresentam uma baixa capacidade discriminativa por estarem tomados por suas emoções.

O psicólogo clínico estabelece um contrato de trabalho, com honorários e frequência. Os psicólogos que atuam em emergências, em geral, são contratados por uma empresa ou são voluntários em órgãos públicos e não sabem se estarão com as pessoas outra vez, o que demanda uma configuração diferente para a relação e o procedimento de trabalho.



O local de trabalho não é a típica sala confortável, protegida e silenciosa dos psicólogos clínicos. Trabalha-se no local do acidente: no meio de um saguão de aeroporto, em um canteiro de obras, em velórios, cemitérios, no Instituto Médico Legal (IML), em hotéis ou na casa dos familiares das vítimas, enfim, onde for preciso. Trabalhar nessas circunstâncias exige repensar toda a formação profissional e extrair o que de fato é relevante para uma atuação psicológica eticamente orientada e tecnicamente fundamentada, além de flexibilizar e desenvolver procedimentos.

Com a experiência dos IPEs, foi possível aprender que se devem colocar as pessoas em condições de segurança, de preferência em uma sala privativa, com algum conforto. Mas aprendeu-se também que as pessoas não conseguem se distanciar do local de onde podem obter informações. É uma necessidade, pode-se dizer, quase que física; a ansiedade é tamanha que todo o resto é menor: comer e dormir deixam de ser necessidades primárias. No entanto, esta é uma das importantes funções dos psicólogos: cuidar das pessoas, lembrá-las, incentivá-las ou conduzi-las para esses cuidados básicos. Como destaca Oliveira (2014, p. 189), "atuar em situações de emergência é mais que um trabalho: é a construção de um espaço de escuta, suporte e reconstrução junto aos sobreviventes".

O que é privacidade, nesse contexto, também é redelineado. Do ponto de vista prático, a experiência como membro do IPE evidencia que "não se tem a mesinha do consultório com lenços e água", é preciso "carregar" alguns itens de conforto, como será apresentado adiante no item "Procedimentos". Considere-se ainda que, com cada um dos envolvidos, pode haver diferenças oriundas das diferentes histórias de vida e padrões socioculturais, bem como da vivência específica da emergência.



## 8. O PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Partindo do pressuposto de que nas situações de emergência há um intenso impacto de emoções e, quando isso ocorre, há o distanciamento da capacidade cognitiva, há a necessidade do estabelecimento prévio de um protocolo de intervenção. Dodge (2006) é um dos autores que corroboram a importância de um protocolo nessas intervenções.

Esse protocolo traz diretrizes de procedimentos nas emergências: o que e como falar, como se posicionar eticamente, entre outros. O protocolo de intervenção funciona como um mapa automatizado que é acionado quando necessário, respeitando as especificidades do contexto.

É interessante ilustrar como, em uma situação de emergência vivenciada por duas autoras desta unidade em outro contexto profissional, foi possível e útil a ambas a execução do protocolo IPE. Refletindo retrospectivamente, perceberam como tinham conduzido a situação, o quanto o protocolo era internalizado e o quanto foi útil em um momento de estresse.



## 9. ESPAÇO DE REFLEXÃO, ACOLHIMENTO E CUIDADOS

O percurso de trabalho dos IPEs evidencia a importância de encontros periódicos da equipe, que propiciam trocas que vão além das puramente teóricas e conceituais. São encontros que garantem a proximidade, as trocas, reflexões sobre as atuações, atualização dos conceitos já conhecidos, busca de novos instrumentais e atualizações frequentes sobre um fazer que é sempre novo e desconhecido, como é próprio da ação em emergências.

A supervisão-encontro-reunião-grupo de estudos garante esse espaço de interlocução fundamental a uma prática em permanente construção, além de possibilitar o estreitamento dos vínculos, acolhimento e o sentimento de pertencimento tão fundamental na prática, em razão das profundas rupturas que acontecem na vida das pessoas atendidas.

O fato de esse tipo de atuação ser focado exclusivamente em situações-limite traz como necessidade primordial o reconhecimento dos limites de uma situação, ou seja, quais cuidados são necessários como grupo. Esse ponto será abordado em capítulo sobre prevenção e cuidados (Capítulo 3). No entanto, vale ressaltar a importância da criação desse ritual mensal de um grupo de trabalho e compartilhamento, para a construção de uma equipe com alto desempenho e muita afinidade.



Quando ocorrem as emergências, a necessidade de encontros para *debriefing* é recorrente, porém a prática também mostrou que muitas vezes o tempo é exíguo e deve-se priorizar as vítimas. Assim, ao longo do tempo foi construída uma forma de equacionar essas prioridades. Foi criada a figura do coordenador de campo, responsável por reunir a equipe e manter contato telefônico direto com a coordenação geral, trocando informações importantes para o delineamento da ação. O coordenador de campo reúne-se com a equipe na troca de plantão quando acontece um *debriefing* informal, com troca de informações para o novo grupo, assim como compartilhamento e decompressão dos que trabalharam.



## 10. O TRABALHO EM DUPLAS DE PSICÓLOGOS

Na atuação dos IPEs, mostrou-se extremamente útil o trabalho de campo em duplas. Fica clara, na experiência prática, a complexidade de questões que se apresentam ao psicólogo que atua em emergências, tanto de ordem conceitual como prática (situação vivencial, concreta, trazida pela emergência).

O trabalho em duplas desvela uma oportunidade ímpar de se estabelecer um diálogo contínuo entre o fazer e o pensar a prática; favorece o exercício de manejar as diversidades, repercutindo e refletindo sobre o atendimento propriamente dito, bem como a reflexão sobre ele; e minimiza situações de conflito advindas de questões pessoais, teóricas ou práticas oriundas do exercício da função. Portanto, assegura a tranquilidade, segurança e saúde do psicólogo, bem como a qualidade de atendimento às vítimas.



## UNIDADE III

### 1. A SAÚDE EMOCIONAL DO PSICÓLOGO QUE ATUA EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA

*Todas essas pessoas cuidam de outras pessoas e se importam com elas. O valor do cuidado que oferecem está na sua qualidade, e essa é uma forma de relação de amor.*

(Colhi Murray Parkes, 2010)

É sabido que o trabalho em emergências é intrinsecamente estressante. Condições fisicamente exigentes ou nada prazerosas, carga de trabalho pesada, em longas horas, com risco de fadiga crônica e falta de privacidade e de espaço particular, acrescidas do fato de se estar separado de seus familiares por longos períodos, representam impacto severo no risco de adoecimento. Com frequência, há carência de recursos e suporte quando acionado e um inadequado reconhecimento pelo seu trabalho. A convivência muito próxima e prolongada dentro de uma equipe representa importante fator gerador de conflitos (Ehrenreich, 2006).

Newman e Shapiro (2006), ao ampliar as condições acima mencionadas, ressaltam ainda que o trabalho em ajuda humanitária expõe os profissionais a situações de difícil manejo, como conflitos com as autoridades locais e a angústia moral por decisões - que eventualmente terão de tomar - em relação a quem será ajudado e quem não terá ajuda. Encontram limites na autoridade para prestar a ajuda necessária, enfrentam perigos crônicos e são repetidamente expostos a



histórias traumatizantes, tragédias pessoais ou cenas terríveis, podendo eles mesmos passarem por experiências horríveis.

O ofício de psicoterapeuta é muito, particular em vários aspectos: o trabalho compreende muitas horas em **isolamento**, com pessoas em crise, com tendências suicidas ou homicidas, ou em processo de luto pela perda de entes queridos. O psicoterapeuta é treinado para focalizar sempre os problemas dos outros e oferecer apoio, empatia, interpretação, explicação e direção, sem esperar retorno. A natureza desse trabalho inclui um interminável ciclo de começos com novos pacientes, a psicoterapia propriamente dita e um novo ciclo de términos desses relacionamentos; existem ciclos de conexões e desconexões regulares a ser enfrentados e elaborados.

Essas particularidades da profissão de psicoterapeuta trazem algumas consequências. As pesquisas de Zur (2011) mostram que os psicoterapeutas têm maior probabilidade de se tornar deprimidos e abusar de substâncias ou atitudes suicidas do que qualquer outra profissão da área da saúde, como medicina, enfermagem e odontologia. Essas consequências podem ser ainda mais severas quando se considera o trabalho com vítimas de emergências e traumas severos. Acreditar que profissionais que lidam com vítimas de emergências e traumas possam emergir intactos do contato com o sofrimento e a perda é uma postura não realista. É necessário que se reconheça que profissionais que trabalham com essa população correm o risco de internalizar o que os pacientes sentem. Além disso, pelo alto grau de exposição à situação traumática, o profissional que atua em emergência coloca em risco a sua saúde mental, como afirmam diversos estudiosos do tema (McFarlane, Van Hooff e Goodhew, 2009; Van Der Velden e Kleber, 2009; Maguen *et al.*, 2009; Ursano, Fullerton e Benedeck, 2009).



Rynearson, Jolmson e Correa (2006) consideram que o processo complexo de se situar mental, espiritual, psicológica e espiritualmente diante de uma situação traumática, sobretudo se relacionada a uma morte violenta, exige do profissional, seja ele aquele que responde a acidentes, o que está em um pronto-atendimento ou o psicoterapeuta, uma postura suportiva e fundada no que recebe os cuidados por ele oferecidos. Com esse objetivo, as tarefas dele requeridas são:

- a) Estabelecer e manter condições de segurança;
- b) Desenvolver a ideia do que são reações normais a fatos anormais;
- c) Restabelecer o senso de resiliência com foco na história vivida e narrada;
- d) Fortalecer habilidades de enfrentamento;
- e) Ajudar a estabelecer padrões de autocuidado em curto e longo prazos.

O processo de construção da relação terapêutica na psicoterapia com sobreviventes e/ou familiares de situações traumáticas apoia-se no *self* do psicoterapeuta como um elemento fundamental para que se estabeleça uma relação clara e aberta. Um mecanismo de defesa muito utilizado pelos pacientes e que os ajuda a distanciá-los das experiências afetivas dolorosas como raiva, tristeza, vergonha e insegurança é a dissociação. Esse tipo de mecanismo de defesa pode ser primeiramente acessado pelo psicoterapeuta; no entanto, se não for reconhecido e processado, pode ser impulsivamente atuado (Pearlman).



## 2. A CONTRATRANSFERÊNCIA NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE TRAUMA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O PSICOTERAPEUTA

Grandes demandas são dirigidas aos psicoterapeutas por parte dos sobreviventes e/ou vítimas de situações traumáticas. Uma delas é a empatia genuína que permite ao paciente avaliar a terapia como uma situação de segurança e proteção, que favorece a expressão da ansiedade e dos sentimentos de vulnerabilidade. Além dessas demandas, os pacientes também podem expressar a descrença em relação à expectativa de obterem alguma espécie de ajuda, o que pode acarretar certa frustração narcísica por parte do psicoterapeuta (Klain e Paviae).

O tratamento inicial às vítimas de emergências e traumas é considerado fator fundamental na prevenção de sintomas graves, como transtorno do pânico e depressão, e terá grande importância também no decorrer do tratamento. Muitos fatores podem influenciar tanto o encaminhamento do tratamento quanto o seu prognóstico; podemos destacar, entre eles, a atitude do psicoterapeuta, sua conduta frente ao paciente e o modo como lida com seus próprios sentimentos.

A fim de evitar que a dupla terapêutica seja engolida por essas experiências afetivas dolorosas, pode ser identificada a tendência à idealização do psicoterapeuta como "salvador", tanto por parte do paciente como do próprio profissional. Como o poder da transferência é muito difícil de ser notado e totalmente vivenciado, é importante salientar o quanto é indispensável o tratamento pessoal do psicoterapeuta. Sentimentos contra transferenciais intensos podem ser gerados nele quando se fala no contato com pacientes vítimas de situações traumáticas. Utilizaremos aqui a definição de Racker (1982) de contratransferência, ou seja, da



totalidade da resposta psicológica do analista ao paciente. Trata-se de estar frente a frente com pessoas em grande sofrimento psíquico, além do fato de que as situações traumáticas podem evidenciar tanto a fragilidade quanto a impotência do psicoterapeuta. Para evitar a mudança da visão de mundo e a dor psíquica, o psicoterapeuta também pode lançar mão de certos mecanismos de defesa, como a negação e o isolamento (Eizirik *et al*).

Uma vez que os pacientes nessas condições adversas não costumam ter consciência de suas experiências afetivas, por esses sentimentos serem muitas vezes intoleráveis e contraditórios, os psicoterapeutas são aqueles que, geralmente, identificam em primeiro lugar, por meio de si mesmos, a raiva, o medo, a vergonha e a insegurança. Se não forem adequadamente reconhecidos e elaborados, esses sentimentos podem ser reproduzidos e reexperimentados ao longo do tratamento por ambos, além de produzirem temores e impasses em ambos (Pearlinan e Saakvitne).

Além disso, os sentimentos contra transferenciais intensos que podem aparecer no psicoterapeuta de vítimas de traumas surgem pelo fato de ele estar diante de pessoas em grande sofrimento psíquico, e também porque as situações traumáticas deixam evidentes a fragilidade e a impotência do profissional como pessoa comum (Eizirik *et al.*, 2006). A intensidade desses sentimentos vai sinalizar o tipo de resposta adversa que o psicoterapeuta pode desenvolver.



Arbore, Katz e Joimson (2006) afirmam que os conteúdos contra transferenciais que mais podem se manifestar de modo inconsciente nessas circunstâncias são:

- **Impotência:** é um sentimento extremamente desagradável para um cuidador e, a fim de evitá-lo, o profissional pode criar um distanciamento daquele que está sofrendo ou tornar-se muito envolvido. Esse sentimento pode se infiltrar no relacionamento terapêutico sob a forma de pensamentos em assuntos diferentes daquele que o paciente está relatando, ou a procura de razões pelas quais o paciente supostamente não quer ser ajudado.
- **Vergonha e embaraço:** podem surgir devido aos medos inconscientes do psicoterapeuta a respeito de sua morte, por exemplo. Ao presenciar a desintegração física ou psicológica do paciente, esses sentimentos podem surgir e provocar uma dificuldade do psicoterapeuta de "ver" diretamente o sofrimento daquele de quem cuida, o que pode trazer como resultado o olhar do profissional "para outro lado", seja literalmente ou figurativamente.
- **Negação:** com o intuito de aplacar sua ansiedade, o profissional pode evitar falar sobre a realidade da experiência do paciente, numa tentativa inconsciente de fazer problema desaparecer. As reações mais comuns nesse caso são a tentativa de resolver o problema e fornecer um conselho equivocado.



- **Raiva e hostilidade:** podem infiltrar-se sob a forma de sarcasmo ou aplicação de rótulos ao paciente. Esses sentimentos podem estar inconscientes, seja pela inabilidade do psicoterapeuta em ajudar quem está sofrendo ou devido às suas frustrações pessoais ou profissionais.
- **Tristeza:** quando envolvidos nos seus sofrimentos, os profissionais não conseguem manter uma conexão com o paciente. Essa situação pode gerar a reversão dos papéis e fazer que o paciente tente confortar o psicoterapeuta ou, ainda, mudar de assunto para aliviar o desconforto do profissional.
- **Inquietação:** advém da ansiedade do profissional em fazer tudo certo, em aliviar a dor do paciente. Para isso, pode impor aquilo que acha certo, fazendo que as suas necessidades precedam as necessidades da pessoa que sofre.



### 3. TRAUMA SECUNDÁRIO E/OU FADIGA POR COMPAIXÃO

A empada é um fenômeno central e de extrema importância quando se visa compreender a natureza da relação cuidador/ paciente. Segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, empada vem do grego *ernpátheia* e pode ser definida como:

*Projeção imaginária ou mental de um estado subjetivo, quer afetivo, quer conato ou cognitivo, nos elementos de uma obra de arte ou de um objeto natural, de modo que estes parecem imbuídos dele. Na psicanálise, estado de espírito no qual uma pessoa se identifica com outra, presumindo sentir o que está sentindo. (Weiszflog, 2009)*

Existem indícios convincentes de que nossa estrutura animal é constituída de forma a proporcionar o fenômeno da empatia e o fato de que podemos encontrar fenômenos semelhantes em outros animais é uma fonte de confirmação de suas bases biológicas (Lago, 2008).

Moll *et al.* (2006) afirmam que os seres humanos costumam sacrificar benefícios materiais para apoiar ou se opor a causas sociais e os efeitos neurobiológicos referentes à satisfação de doar são os mesmos ocasionados pela obtenção de uma gratificação.

O contágio emocional ou a angústia pessoal diante do sofrimento dos outros compreende reações pré-empáticas, identificadas nas primeiras fases do desenvolvimento humano, que também podem se manifestar na vida adulta (Falcone *et al.*, 2008).



A empatia, porém, não é um fenômeno puramente biológico e animal, mas um construto multidimensional, com três componentes principais: cognitivo (perspectiva e processos regulatórios), afetivo (compartilhamento de emoções) e comportamental. Entretanto, não basta perceber de forma acurada os pensamentos e sentimentos de alguém sem experimentar compaixão e interesse pelo seu bem-estar; pois isso não traduz manifestação empática (*ibidem*).

Decety e Jackson (2006) defendem a existência de três componentes funcionais que produzem a empatia: o compartilhamento afetivo entre o "eu" e o "outro" (percepção-ação que nos leva ao compartilhamento de representações), a consciência do eu/outro (identificação temporária, sem confusão entre o eu e o outro) e a flexibilidade mental para adotar uma perspectiva subjetiva do outro.

Assim, a empatia resulta da interação desses três componentes funcionais, de modo que nenhum deles sozinho pode explicar a amplitude do fenômeno da empatia humana. Ela é componente fundamental para a relação de ajuda e, no entanto, é o fator que faz que os cuidadores estejam mais vulneráveis e sensíveis ao sofrimento alheio. Quando ocorre o compartilhamento de emoções sem a existência da consciência eu/ outro é que se configura o fenômeno do contágio emocional, ou seja, quando o observador promove uma identificação total com o objeto (Lago, 2008).

Desse modo, em 1988 Figley publicou uma pesquisa na tentativa de compreender os efeitos do trabalho com pessoas sobreviventes de situações traumáticas. Em 1995, o termo *fadiga por compaixão* foi proposto por Figley para descrever o custo associado ao cuidar de outros em sofrimento. Esse conceito aplica-se à prática dos psicoterapeutas que ouvem as histórias densas de traumas compartilhadas pelos pacientes, que acabam transformando permanentemente tanto a visão de si quanto de seu mundo presumido. Também conhecido como



*trauma secundário*, foi um termo proposto para designar o que sentiam os profissionais que trabalhavam em emergências e eram repetidamente expostos a vítimas de trauma. Esses profissionais começavam a experienciar sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), como pesadelos e pensamentos intrusivos.

Figley (1988, 1995) identificou que as famílias e os profissionais da área de cuidados tornavam-se vítimas secundárias e desenvolviam uma ampla variedade de sintomas físicos e psicológicos, paralelos aos sintomas descritos pelos sobreviventes de desastres, que incluíam depressão, pesar, ansiedade, raiva, vergonha, imagens intrusivas, pesadelos, baixa autoestima e culpa por estar vivo e divertir-se. Em comparação a um grupo de controle, constatou-se que, após o surgimento dos sintomas físicos, estes davam lugar a doenças graves, que chegavam a aumentar a taxa de mortalidade entre os profissionais da saúde.

Em 1995, Yassen afirma que, para conseguir resistir ao estresse e ao trauma, os profissionais da saúde deveriam realizar um gerenciamento das funções vitais (sono, fome, exercícios, descanso, recreação, contato com a natureza, manutenção de estruturas de trabalho) e limitar a exposição a situações traumáticas. Monroe (2009) sugere ajuda e apoio de pares, ou de uma equipe especial que forneça uma perspectiva externa e medeie os papéis dos cuidadores na comunidade. Enfatiza as vantagens do treinamento adequado, incluindo a habilidade do cuidador de reconhecer e cuidar de suas respostas de estresse. Se essa habilidade não estiver presente, a situação pode se agravar e o psicoterapeuta pode desenvolver a síndrome de *burnout*.



## 4. BURNOUT

O termo *burnout* para a psicologia foi mencionado pela primeira vez pelo psicanalista Fregenbaue4 em 1974, quando constatou inúmeros sintomas apresentados por um paciente em decorrência de impotência relacionada ao desgaste profissional. O *burnout* tem sido reconhecido como um risco ocupacional para profissões envolvidas com cuidados à saúde em vários países desde 1976, graças às pesquisas de Maslach. Atualmente, a definição mais utilizada pelos psicoterapeutas é a de Maslach e Jackson (1981), que a definem como uma síndrome multidimensional, que se constitui como uma maneira de enfrentar, mesmo que de forma inadequada, a cronificação do estresse ocupacional quando outras estratégias de enfrentamento falham.

Em 1989, na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o *burnout* aparece como "Síndrome do Esgotamento Profissional", em um grupo de classificação intitulado "Problemas Relacionados à Organização de seu Modo de Vida". No Brasil, em 6 de maio de 1999, foi aprovado o Anexo II do decreto 3.048 da Secretaria da Previdência Social do Ministério da Previdência Social, que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais; na Tabela de Transtornos Mentais foi incluída a categoria "Síndrome de Esgotamento Profissional", com o mesmo significado de *burnout*.

Segundo Codo e Vasques-Menezes (2009), a síndrome de *burnout* tem três características básicas: exaustão emocional, despersonalização e baixo comprometimento. A exaustão emocional acontece quando o indivíduo não consegue combater os agentes estressores e, a partir daí, há uma queda acentuada da energia física e mental, que chega ao esgotamento; ele se sente psicologicamente



exausto e hipersensível. A despersonalização ocorre quando o indivíduo não se importa mais com objetivos e metas e passa a relacionar-se friamente com as outras pessoas. O baixo comprometimento tem relação direta com a exaustão emocional: para fugir dessa exaustão, o psicoterapeuta anula simbolicamente o paciente, que assim sofre menos porque se exauriu menos, ou anula simbolicamente a si mesmo, com baixo comprometimento, ou seja, retira-se da situação de trabalho. Esses processos são considerados mecanismos de proteção contra a doença mental.

Trigo, Teng e Hallak (2007) afirmam que os prejuízos que advêm do *burnout* podem ser classificados segundo os parâmetros individual, profissional e organizacional:

- **Individual:** relaciona-se à exaustão física e mental. A exaustão física traz como sintomas sensações de baixa energia e fraqueza, aumento da suscetibilidade para doenças, cefaleias, náuseas, tensão muscular, dor lombar ou cervical e distúrbios do sono. A exaustão mental compreende sentimentos de preocupação, desesperança, solidão, depressão, raiva, impaciência, irritabilidade, tensão e diminuição de empatia.
- **Profissional:** aparece sob a forma de atendimento negligente e contato impessoal com os pacientes. O profissional sente baixa realização profissional ou baixa satisfação com o trabalho, o que pode ser descrito como uma sensação de que muito pouco tem sido alcançado e o que é realizado não tem valor.
- **Organizacional:** manifesta-se nos conflitos com a equipe de trabalho, contato impessoal com os colegas e diminuição da qualidade do serviço; muitas vezes, a simples presença dos outros membros da equipe de trabalho é sentida como desagradável e não desejada.



## 5. O AUTOCUIDADO COMO PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÕES DE CRISE

Um acontecimento traumático, seja de que natureza for, pode afetar tanto as pessoas diretamente ligadas a ele quanto os profissionais que prestam serviços de atendimento às vítimas.

Segundo Deahl e Bisson (1995), a exposição a situações de emergência e estresse intenso gera algum tipo de estresse traumático em grande parte da equipe de atendimento às vítimas e inclui sintomas como: fadiga, tristeza, disforia, dificuldade de concentração, ansiedade, culpa, raiva, impotência e sentimento de identificação com as vítimas, além de pensamentos intrusivos que interferem na realização do trabalho. No entanto, refere-se que uma série de fatores individuais e situacionais pode predispor ao aparecimento de sintomas de estresse na equipe de atendimento. Considera-se aqui equipe de atendimento os profissionais envolvidos na prestação de serviço às vítimas e aos familiares afetados pelo acontecimento traumático, embora se reconheça também a importante participação de voluntários nessas ocasiões.

Entre os fatores individuais de vulnerabilidade dos profissionais estão o histórico psiquiátrico, a personalidade e a falta de apoio social (ou uma rede disfuncional). Fatores situacionais incluem a exposição prolongada a situações estressantes, trabalho com alto grau de risco e falta de treinamento adequado, além de falta de coesão e apoio da equipe de trabalho.



Ocorre que, estando igualmente expostos ao estresse físico e emocional decorrente da situação de crise, os chamados cuidadores podem ter o seu trabalho comprometido por fatores como:

- 1) Sentir-se parte da crise.
- 2) Exposição prolongada.
- 3) Demasiado esforço físico.
- 4) Fadiga.
- 5) Sentimento de impotência.
- 6) Sentimento de culpa.
- 7) Exposição a sentimentos de raiva e ingratidão por parte das vítimas.
- 8) Afastamento de sua rede de apoio social.
- 9) Sentimento de frustração diante de normas e decisões de superiores.

Embora devidamente treinados e conscientes de suas responsabilidades, os profissionais envolvidos em um acontecimento traumático precisam inevitavelmente lidar com suas demandas pessoais, que incluem, por exemplo, o desejo de ajudar e suprir as necessidades das vítimas atendidas, o que, por sua vez, é diretamente confrontado com o sentimento de impotência e frustração.

Sabe-se, contudo, que não é possível realizar adequadamente uma tarefa sendo afetado pelo trabalho e por suas condições (desfavoráveis, nesse caso), daí a importância de se ter sistematicamente um momento para reflexão e troca de percepções entre os profissionais atuantes e sua respectiva coordenação/supervisão.



Faz parte do autocuidado, portanto, estar atento às próprias reações, aos sentimentos e limites diante de uma atuação em crise, haja vista que não só a saúde como o próprio trabalho do profissional pode ser comprometida diante da exposição prolongada ao estresse.

Ainda de acordo com a publicação da Federação Internacional da Cruz Vermelha e Sociedade Crescente Vermelho (2003), as necessidades dos cuidadores são, em geral, similares às das pessoas diretamente afetadas e, em se tratando de minimizar o quadro de estresse, ter um ambiente de apoio e acolhimento é fundamental. Para isso, sugere:

- 1) Orientação e suporte de uma coordenação acessível às equipes de trabalho antes ou depois da atuação.
- 2) Abertura à troca de percepções e sentimentos entre a equipe.
- 3) Encontros sistemáticos com a equipe para reforçar o sentimento de pertencimento e acolhimento.
- 4) Segurança, de modo que cada um possa reconhecer os próprios limites e pedir ajuda quando necessário.

Considera-se, portanto, que compartilhar experiências e sentimentos vivenciados durante a atuação em crise auxilia na prevenção de sintomas psicológicos e de estresse na equipe de atendimento às vítimas.

Esse modelo de suporte à equipe assemelha-se à técnica de *debriefing* psicológico, a ser descrita adiante neste capítulo. Além dessas, estão entre possíveis estratégias de autocuidado automassagem, alimentação adequada, relaxamento muscular progressivo, autoconhecimento e reconhecimento dos próprios limites.



De acordo com Liberato, o autocuidado - ou cuidar de si - refere-se a ter a atenção voltada para as próprias necessidades e desejos, aceitando "nosso corpo e alma como fonte de aprendizado inesgotável" (Liberato, 2009, p. 273). A autora define ainda o termo "compaixão" como sofrer com o outro, e não pelo outro, acompanhando e auxiliando no sofrimento alheio, porém, sem sentir-se ameaçado.

Nesse aspecto, ecoa-se o que já dizia Benoliel (1993) acerca dos cuidados pessoais necessários ao profissional que trabalha com alto grau de exposição ao sofrimento humano. Ela advoga a criação de um ambiente que valorize a pessoa do profissional, assim como relações de trabalho em ambiente cooperativo e colaboração mútua, com a finalidade de fortalecer esse profissional e nivelar as relações, para eliminar, sempre que possível, a competição. Assim, um ambiente comunitário, mais do que hierárquico, permite que as dificuldades pessoais no trato de questões extremas de sofrimento sejam enfrentadas como uma experiência de crescimento e saúde.

Com relação às diferentes possibilidades sob a forma de técnicas para exercer o autocuidado, foram listados alguns exemplos com o objetivo de ilustrar a viabilidade desse "cuidar de si" (inclusive no local da intervenção, quando possível), por serem exercícios/conduas simples, práticos e sem restrições ou impedimentos para ser (auto) aplicados.

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson, por exemplo, tem demonstrado bons resultados no tratamento de tensões musculares, ansiedade, depressão, insônia, fadiga e dores (Davis, Eshelman e McKay, 1995). É um método que parte da experiência de tensão e relaxamento de grandes grupos musculares para induzir as pessoas à consciência corporal e ao reconhecimento de sua capacidade de relaxar voluntariamente tais músculos, especialmente quando a



tensão muscular se torna uma resposta condicionada à tensão emocional e vice-versa.

A automassagem, por sua vez, constitui-se de um grupo de manobras geralmente realizadas com as mãos, para produzir efeitos benéficos sobre músculos e sistemas nervoso, circulatório e respiratório em geral, promovendo também o aumento circulatório local, bem como a diminuição de espasmos musculares e rigidez articular. Segundo Portnoi, Marques e Kaziyama (2007), a automassagem proporciona determinados efeitos terapêuticos sobre a dor, tensão muscular e rigidez articular, favorecendo então uma melhora sistêmica.

Assim, faz parte do autocuidado escolher a melhor maneira de aliviar sintomas de estresse e cansaço e (auto) promover, dentro do possível, condições físicas e emocionais para seguir como parte da equipe de atendimento durante a intervenção.



## 6. A UTILIZAÇÃO DO *DEBRIEFING* PSICOLÓGICO EM INTERVENÇÕES DE EMERGÊNCIAS

A atuação psicológica em situações de emergência, como acidentes e desastres, apresenta importantes avanços desde o século XX, tendo seus primeiros registros já durante a Primeira Guerra Mundial, onde se têm dados de intervenções *in situ* com combatentes para tratamento de transtornos por estresse agudo.

Posteriormente, durante a Segunda Guerra Mundial, foram realizadas as primeiras intervenções psicológicas, realizadas por meio de sessões catárticas de "desabafo" nos campos de batalha (Bisson, McFarlane e Rose, 2000 *apud* Del Cistia *et al.* 2007).

A partir da necessidade do desenvolvimento de técnicas e programas mais efetivos de tratamento sistemático para as pessoas e vítimas expostas a vivências traumáticas, apontamos a técnica conhecida como CISD (*Critical Incident Stress Debriefing*). Idealizada por Jeffrey Mitchell durante os anos 1980 como parte da sua teoria geral sobre intervenção em crise e desastres naturais, em princípio foi instituída como um programa destinado a reduzir o estresse de trabalhadores dos serviços de emergência (Mitchell e Everly, 1995). Para desenvolvê-la, seus autores basearam-se no modelo de intervenção da Psiquiatria Militar, que utilizava um método similar para a reabilitação psicológica dos soldados no front desde a Segunda Guerra Mundial.

A técnica CISD faz parte de um programa nomeado (posteriormente patenteadado) por Mitchell e Everly (1995) de CISM (*Critical Incident Stress Management*), definido como uma intervenção em crise "multitática" abrangente, sistemática e integrada,



designada especificamente para o manejo de estresse traumático associado a exposições a incidentes críticos (Mitchell, 2004).

Mitchell e Everly (1995) definem Incidentes Críticos (IC) como os acontecimentos traumáticos que iniciam uma reação de crise. Tais acontecimentos geralmente não fazem parte do considerado "normal" vivenciado no trabalho ou na vida pessoal dos envolvidos. De acordo com Del Cistia *et al.* (2007, p. 2):

*Incidentes críticos são quaisquer situações enfrentadas pelas pessoas que as faz experimentar fortes reações emocionais e com potencial para interferir extraordinariamente em seu funcionamento, no momento ou a posteriori.*

A CISD não é uma técnica isolada; ela faz parte de um programa (CISM) e, portanto, não deve ser utilizada fora desse modelo predeterminado (Mitchell, 2004). O autor enfatiza ainda que de forma nenhuma essa ferramenta de intervenção em crise deve ser considerada psicoterapia ou uma forma de substituí-la. A técnica CISD permite a expressão em grupo dos sentimentos e emoções relacionados a uma vivência traumática e procura aliviar o estresse por meio da reconstrução narrativa da experiência vivenciada pelo indivíduo. Essa técnica apresenta-se em sete fases (Everly e Mitchell, 2000; Devilly, Gist e Wright, 2003):

- 1) Introdução, quando o profissional se apresenta e são descritos os objetivos, processos e benefícios da intervenção.
- 2) Narração, quando os fatos vivenciados são descritos.
- 3) Pensamentos, quando se questiona quais foram os seus primeiros pensamentos.
- 4) Reações emocionais, quando as emoções são descritas de acordo com a vivência.



- 5) Sintomas, quando se faz uma avaliação geral dos sintomas físicos ou psicológicos.
- 6) Informação, quando os participantes têm o conhecimento das possíveis respostas ao estresse.
- 7) Reentrada, quando são fornecidas as informações de encaminhamento.

A CISD deve ser aplicada por profissionais de saúde treinados para atender a indivíduos que tenham vivenciado um acontecimento traumático e caracteriza-se por uma entrevista aprofundada após o incidente. Tem a finalidade de favorecer uma integração das experiências traumáticas vivenciadas durante o incidente e ocorre nas primeiras 24 a 72 horas subsequentes ao acontecimento crítico, com uma duração de aproximadamente duas horas. É fundamental que a própria pessoa consiga utilizar seus mecanismos de enfrentamento, adaptação e estruturas de apoio (Dei Cistia *et al.*, 2007).

Chacón e Vecina (2007) consideram o *debriefing* uma estratégia de prevenção secundária, cujo objetivo é aliviar o estresse produzido em situações críticas, para prevenir o desenvolvimento do estresse pós-traumático e mobilizar os recursos naturais de enfrentamento dos indivíduos envolvidos no acontecimento.

Há consenso de que a efetividade do *debriefing* está relacionada ao fato de pertencer a um programa maior de Atenção em Saúde Mental, que inclui administração de crise e cuidados pós-traumáticos (Dei Cistia *et al.*, 2007). Ainda de acordo com os autores (p. 4): "*Debriefing* é considerado um método de intervenção psicológico-psiquiátrica que pode ser acionado imediatamente após a ocorrência de um acontecimento traumático". Por meio do alívio do estresse, evita patologias de longa duração que podem resultar em perda da efetividade do trabalho e conflitos familiares (Deville, Gist; Wright, 2003).



Assim, o *debriefing* psicológico é uma variação do CISD, sendo hoje a técnica mais utilizada mundialmente com incidentes críticos (Del Cistia *et al.*, 2007). Segundo Kaplan, Iancu e Bodner (2001), o *debriefing* psicológico baseia-se em três componentes terapêuticos: ventilação em um contexto de grupo de apoio, normalização das respostas e educação sobre as reações psicológicas pós-incidente. A técnica consiste em uma revisão ou análise da experiência traumática, encorajando a expressão emocional e promovendo o processamento cognitivo da experiência.

Com relação à aplicabilidade do *debriefing* psicológico, independentemente do tipo de vivência estressante ou traumática, esta pode desencadear sintomas físicos, psíquicos ou comportamentais e expor não somente as vítimas diretamente ligadas a ela, conforme citado no início do capítulo, mas também todas as pessoas envolvidas de alguma forma, como socorristas, profissionais da saúde, policiais, voluntários etc.

A técnica tem sido utilizada em diversas situações, tendo sido encontrados na literatura relatos com policiais, marinheiros envolvidos em acidentes, equipes da Cruz Vermelha, estudantes de medicina (e equipes médicas em geral) após óbito de pacientes, equipes de resgate (socorristas), soldados do exército, motoristas de trem/metrô após presenciar suicídios nas plataformas, trabalhadores (e colegas) que sofreram (ou presenciaram) acidente grave no trabalho, na área da aviação, funcionários e tripulantes após acidente aéreo, entre muitas outras situações (Rose *et al.*, 2009).



Segundo Kaplan, Iancu e Bodner (2001), a técnica pode contribuir para uma resposta imediata dos profissionais que trabalham com esse tipo de demanda, auxiliando-os a lidar com o sofrimento, bem como com o sentimento de impotência diante das vítimas do acontecimento traumático.

A eficácia do *debriefing* psicológico vai depender de um preparo adequado, de um líder competente (que inclui ser verdadeiro e ter autoridade e capacidade para conduzir um grupo), bem como da coesão e confiança do grupo (Dyregrov, 1997).

Ainda com relação à avaliação da utilização dessa técnica, as conclusões mantêm-se controversas, considerando-se as restritas pesquisas realizadas até hoje. Em um estudo feito por Chemtob *et al.* (1997), por exemplo, sugere-se que o modelo seja reformulado no sentido de incluir na técnica alguma forma de avaliação que possibilite verificar a presença de sofrimento ou dificuldade de enfrentamento e, conseqüentemente, a necessidade de acompanhamento posterior.

Alguns estudos (Everly e Mitchell, 2000; Foa, Keane e Friedman, 2000) sugerem que resultados negativos do *debriefing* podem estar relacionados a erros técnicos de aplicação ou, ainda, à escassez de pesquisas avaliativas. Meta-análises mostram que a técnica está, pois, a serviço de reduzir a manifestação de estresse após a vivência de uma crise.



Diante de tantas críticas e outras controvérsias, Mitchell (2004) questionou os resultados negativos do CISD, com os seguintes argumentos:

- 1) Não há evidências de que as pessoas que fizeram uso da técnica e obtiveram efeitos negativos utilizaram-na nos padrões da CISM.
- 2) Houve escolha inapropriada dos participantes do grupo.
- 3) Muitas intervenções podem ter sido inadequadas, realizadas sob circunstâncias fora do método CISD.
- 4) Efeitos negativos podem estar relacionados a uma mistura e confusão de termos (por exemplo, aconselhamento e intervenção em crise, tratamento e psicoterapia etc.), a ponto de não se saber o que foi feito com o grupo, para quem e por quem.
- 5) Existem significativas falhas em todos os estudos que apontaram resultados negativos com o uso da técnica.
- 6) Controles experimentais randomizados não são a única maneira de avaliar resultados.
- 7) Avaliação inadequada dos resultados.



Por fim, conclui-se que seria precipitado afirmar que a utilização do *debriefing* psicológico ou de qualquer outra técnica do programa CISM é positiva ou negativa, visto que é necessário considerar uma série de fatores, desde o método para a sua aplicação até a escolha do instrumento para sua avaliação posterior. Cabe ao profissional, portanto, utilizá-lo de forma consciente e responsável, além de, claro, estar apto para tal.

Considerando-se, pois, a aplicabilidade do *debriefing* psicológico em intervenções em situações de emergência, a técnica foi introduzida no protocolo de atuação do Grupo IPE como forma de cuidado com a equipe de psicólogos. Vale ressaltar que não se trata da técnica de CISD ou CISM, e sim de *debriefing* psicológico, que o Grupo IPE vem utilizando a cada volta de acionamento, tendo já tomado contornos próprios, delineados e confirmados pela prática. Os fundamentos são válidos com base no proposto pela técnica, porém, o que se objetiva está relacionado à aproximação e ao suporte mútuo entre os membros do grupo, além do alívio de tensões que poderiam se manter registradas, tornando-se causadoras de adoecimento.



## 7. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL: COMPREENSÃO, DIFICULDADES, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Quando realizamos um trabalho em equipe, é imprescindível que se estabeleça uma boa comunicação entre seus membros, principalmente quando a atuação ocorre em situações de emergência. O trabalho do psicólogo, nesse contexto, muitas vezes ocorre num ambiente confuso física e emocionalmente e, por isso são necessários especial cuidado e atenção.

A questão da comunicação é importante tanto no que se refere à atuação propriamente dita quanto à troca necessária entre os profissionais que fazem parte de uma equipe. No trabalho de formação de uma equipe, é importante que sejam discutidas e trabalhadas habilidades de comunicação. Exercícios podem ser realizados a fim de verificar se as estratégias estabelecidas funcionam na prática do dia a dia. Conceitos, postura e atuação devem ser revistos continuamente.

Alguns aspectos são extremamente significativos na atuação do psicólogo em situações de emergência. Clareza e agilidade são primordiais tanto na relação do psicólogo com o paciente quanto na relação entre os profissionais da equipe. Como alcançar esse objetivo diante de algo - a comunicação - que pode sofrer tantos vieses? Faz-se necessário trabalhar os diversos aspectos envolvidos na comunicação interpessoal. Uma vez que várias coisas acontecem ao mesmo tempo, se esse não for um ponto bem trabalhado entre a equipe, problemas podem surgir. Inclusive um desgaste físico, mental e emocional dos profissionais que atuam em conjunto. Temos, sim, como objetivo procurar minimizar o sofrimento/desgaste do psicólogo que já está exposto a uma situação crítica, devido ao próprio perfil do trabalho realizado.



A criação de um protocolo é uma das formas de assegurar à equipe uniformidade na atuação e, assim, alguns conceitos, critérios e formas de atuar já ficam definidos. Além de criar uma identidade para a equipe, o protocolo também dá ao psicólogo uma base sólida para desenvolver seu trabalho. Com isso estabelecido, cria-se a base da comunicação entre os membros da equipe, pois todos partem de um ponto em comum. Logicamente, restam as particularidades de cada atuação; por isso, é importante uma equipe que se relacione de forma integrada.

O que queremos dizer com isso é que, perante uma situação difícil, os psicólogos que estão trabalhando juntos já sabem a melhor forma de agir. Existe entre eles uma cumplicidade que permite que entendam de que o outro precisa simplesmente por meio de um olhar, um gesto ou uma única palavra. O resultado é um trabalho bem-feito e uni profissional seguro e sob menos estresse.



## 8. O PROCESSO DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Muitos estudos e abordagens sobre comunicação interpessoal são encontrados na área de gestão de pessoas nas organizações. Isso porque, atualmente, existe uma conscientização de que as pessoas desempenham papel fundamental dentro das empresas. Casado (2002, p. 271) apresenta-nos a importância da comunicação nas relações humanas:

Como ser social, o homem possibilitou e garantiu a vida social por meio dos diferentes sistemas de comunicação que desenvolveu. Ao interagir com seus semelhantes utilizando um código comum, inteligível, o homem faz mais do que informar e ser informado sobre as coisas do mundo: ele agrega novas formas de organização do próprio pensamento, adquire novos pensamentos e amplia a consciência de si próprio, de seu lugar no mundo e de sua responsabilidade social.

O autor também destaca as organizações como mais um cenário do desenrolar dos papéis do homem. Nesse cenário, a comunicação desempenha a função de garantir a sobrevivência e/ou o aprimoramento. Para isso, é necessário que os processos de comunicação sejam cada vez mais claros, fidedignos e apropriados. A comunicação interpessoal é vista como um pilar importante da gestão de pessoas, e, no nosso contexto de trabalho, pensamos na equipe como uma organização.

Quando falamos sobre comunicação interpessoal, falamos sobre relacionamento, sobre interação, sobre compartilhar ideias, experiências, sentimentos, crenças e valores. Assim, algumas perguntas são inerentes ao processo de comunicação: comunicar o quê? Para quem? De que forma? Com qual finalidade? Nota-se que vários elementos fazem parte do processo de comunicação. Parte-se do princípio de que há uma relação entre a parte que transmite um significado e a que o compreende. Temos, portanto, um emissor e um receptor. Ambos precisam ter



um conceito em comum sobre aquilo que se deseja transmitir. Existe o canal, que é o meio pelo qual a mensagem é enviada. A mensagem é a unidade básica da comunicação. A informação é o conteúdo da mensagem. O código é usado para transmitir um significado, portanto não basta entender as palavras, é necessário encontrar o significado. Ao escolher o código, o emissor espera que o receptor seja capaz de decifrar sua mensagem. Entram aqui os processos de *codificação* e *decodificação*. Silva (2006) define os signos como estímulos que transmitem uma mensagem, podendo ser convencionais e arbitrários; os símbolos são definidos como signos com uma única decodificação possível, e os sinais são signos com mais de um significado. Um elemento importante que pode surgir na comunicação é o ruído, que é uma distorção na transmissão da mensagem. Há ainda o *feedback*, que é o retorno da reação do receptor à mensagem enviada pelo emissor, e o sistema, que é um conjunto complexo organizado por partes que interagem.

Casado (2002) apresenta-nos a abrangência de compreensão do processo de comunicação por meio do modelo sistêmico, pois este considera o ambiente no qual a comunicação ocorre e, assim, traz outras possibilidades de compreensão do processo, uma vez que inclui variáveis como: estrutura de grupos, características das tarefas, normas de comportamento, políticas e valores organizacionais. Além disso, o modelo sistêmico engloba modelos anteriores, incluindo, por exemplo, a ideia de *feedback*. Não temos como pensar na comunicação interpessoal sem considerar uma relação entre duas pessoas, em que a percepção do outro e de si mesmo estejam presentes. Assim, tantos emissores quanto receptores são responsáveis por aprimorar o processo de comunicação, tornando-o cada vez mais claro e apropriado, num movimento contínuo de troca, em que o emissor espera retorno da reação do receptor. Existe intercâmbio dinâmico e interativo. A breve apresentação dos elementos que constituem o processo de comunicação é importante para que pensemos na complexidade da comunicação interpessoal.



## 9. DIFICULDADES E DESAFIOS NA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL

Já mencionamos um dos aspectos da comunicação que requerem atenção: o ruído. Vamos abordar outros elementos importantes no processo, citados por Casado (2002). São eles:

- percepção,
- atitude,
- modelo cognitivo e
- as formas de comunicação.

A percepção é um processo subjetivo e muitas vezes baseado em formas abstratas. Essas características facilitam as distorções de percepção, ocasionando fenômenos que interferem no processo de comunicação interpessoal. Segundo Casado (*ibidem*), esses fenômenos são: estereotipagem, processo no qual não se percebe o fato real, mas sim a projeção de um estereótipo, sendo que os preconceitos contribuem para esse tipo de alteração de percepção; efeito halo, no qual há uma contaminação da percepção de algo, ou seja, determinadas características de alguns objetos invadem outros objetos; e a expectativa em relação a determinados fatos e/ou coisas, que faz que se perceba e veja apenas o que se quer, dando espaço para uma percepção seletiva.

Em relação à atitude, Casado (*ibidem*) enfatiza que a atitude é a predisposição para reagir a um estímulo de maneira positiva ou negativa, sendo formada por três componentes básicos: o cognitivo (as crenças e os conhecimentos sobre o estímulo), o afetivo (as emoções) e o comportamental (tendência a reagir respondendo ao aspecto cognitivo e ao afetivo).



## UNIDADE IV

### 1. O LUTO DESENCADEADO POR DESASTRES

*Desastres são períodos de perdas massivas para as quais estamos quase sempre despreparados. Eles conjugam muitas das circunstâncias que aumentam o risco do luto: é o inesperado, o terror, a violência, a multiplicidade das perdas e a ruptura das famílias e dos outros sistemas sociais nos quais nos apoiamos.*

(Parkes e Prigerson, 2010)

Nas diversas situações de desastres, um grande desafio tem sido o de como responder às diferentes demandas, com a rapidez com que elas se apresentam, resgatando com os afetados sua possibilidade de recuperar o equilíbrio rotineiro.

Hodgkinson e Stewart (1998) destacaram a importância do preparo técnico no atendimento do pós-desastre, de acordo com suas especificidades. Sabe-se que entre elas está o trabalho com pessoas enlutadas, em suas diferentes inserções (Parkes e Prigerson, 2010; Franco, 2012), uma experiência alinhada com a proposta desses autores, bem como a de Roberts (2000, 2005), e que se consolidou a partir de uma prática apresentada por Franco (2005), trazendo à tona as questões relativas à necessidade da equipe quanto à disponibilidade, mobilidade e ética. Gregio (2005) e Torlai (2010) realizaram pesquisas com interesse no aprofundamento e na análise de situações de perda e luto relacionadas a desastre, de maneira a levar para a prática uma fundamentação científica que lhe dê sustentação. Há especificidades no luto por desastre que não podem ser ignoradas e apresentam peso relativo.

Nesta unidade, apresentamos pontos básicos sobre o processo de luto e, em especial, do luto por desastres, advindo do rompimento de um mundo presumido que dava sustentação às decisões, à identidade, ao senso de pertencimento do indivíduo. Discutimos o conceito de luto complicado, com base na definição de Stroebe *et al.* (2008), que o consideram resultante da convergência entre o período de tempo e a intensidade de um sintoma específico ou genérico de luto com o grau de dificuldades de vivenciar aspectos sociais (relacionais) e ocupacionais.

Diversas definições de luto complicado estão presentes na literatura, e o conceito esteve no centro de muitas discussões, tanto acadêmicas como clínicas (Fleming, 2012; Rynaerson, 2012; Stroebe, Schut e Van den Bout, 2013; Rando *et al.*, 2012; Rando, 2013; Boelen e Prigerson, 2013) para a atualização do manual para diagnóstico de doenças mentais, em sua 5ª versão (DSM-5, 2013). A vertente que valoriza o tempo decorrido entre a perda da pessoa amada e a retomada das atividades rotineiras, com uma qualidade semelhante à anterior, choca-se com aquela que pressupõe a necessidade de um quase radical abandono dos padrões conhecidos, visando à reconstrução ampla.

Há, no entanto, consenso quanto à importância de se avaliar o luto daqueles atingidos por um desastre, devido aos muitos fatores de risco presentes nessa experiência (Parkes, 2008; Parkes e Prigerson, 2010; Rynearson, Schut e Stroebe, 2013; Kristensen e Franco, 2011). O luto desencadeado por desastres tem consequências específicas, por sua natureza (Parkes, 2008). Dentre elas, cabe destacar a dificuldade de localizar e identificar corpos, para que os rituais culturais sejam realizados e permitam uma finalização não do processo do luto, mas da ambiguidade da perda (Boss, 2006).



Kristensen e Franco (2011) apresentaram situações de desastres nas quais o luto decorrente teve contornos bem definidos e apontaram a necessidade de suporte psicossocial aos afetados, não apenas nos momentos iniciais. Visitar o local do desastre (em condições de segurança), receber informações corretas, participar de celebrações são ações terapêuticas que se incluem entre as que se aproximam das tradicionais, lembrando sempre que se constrói um novo *setting* a cada desastre. Atendimentos grupais ou individuais podem ser efetuados, desde que se tenha clareza do que mantém o grupo e do que se coloca como individual.

Ser afetado por um desastre e enlutar-se em consequência dele colocam em xeque muitas crenças básicas, necessárias para garantir a segurança da pessoa, como a estabilidade do mundo e a regularidade da resposta das pessoas. Attig (2002) chama a atenção para a necessidade de reaprender o mundo após uma perda a partir da experiência de haver se vinculado e ter tido esse vínculo rompido. O vínculo pode ser a uma pessoa, a um lugar, a uma família, a uma abstração que construa nossa identidade.

Os desastres com frequência estão no foco dos meios de comunicação. E as pessoas afetadas por ele, os envolvidos nos diferentes graus de exposição, estiveram na casa de pessoas que nunca chegaram e nem chegarão a conhecer pessoalmente, pois entraram pela tela da TV ou do computador, pelos jornais ou pelo rádio, gerando um processo de luto vivido no âmbito público, o que, segundo Walter (2008), passou a ter esse caráter a partir da segunda metade do século XX. Walter chama a atenção para o fato de que as pessoas apresentam manifestações de luto mesmo por aqueles com os quais não mantinham relações significativas, e este comporta diferentes explicações, desde as culturais (construção de memoriais, consciência global, valor dado à expressão de emoções), passando pelas políticas (considerando-se o poder motivacional que as expressões do luto podem ter, na



substituição de líderes mortos e na educação para prevenção), chegando às psicológicas (apresentar um luto que dê identidade e senso de pertencimento à pessoa, possibilidade de lidar com lutos anteriores). Resta uma preocupação em relação ao luto público: sendo o instrumento poderoso que é para a mobilização das pessoas, tem a capacidade de enclausurar comunidades no passado, mantendo-as ritualisticamente refratárias à mudança que virá, mais cedo ou mais tarde, mesmo que seja diante de uma transição psicossocial não diretamente ligada àquela comunidade. Por outro lado, em sociedades democráticas e menos tradicionais, a expressão do luto público pode ser mais autêntica, não necessitando seguir os cânones da cultura.

Acompanhando o pensamento clínico que se impõe diante do luto ocasionado por desastres, resta a necessidade de fundamentar as definições e as indicações para a intervenção, apresentada a seguir.



## 2. ROMPIMENTO DE VÍNCULOS E A REAÇÃO DE LUTO

O luto coloca-se entre as emoções mais poderosas que o ser humano pode viver. Seu poder é transformador, e talvez aí resida a dificuldade de considerá-lo mais do que uma experiência dolorida em dada medida normal e suportável, para poder desdobrá-lo nas suas muitas possibilidades de transformação.

Uma postura norteadora está no que Parkes (1971) definiu como mundo presumido: é o único mundo que efetivamente conhecemos, que inclui tudo que sabemos ou pensamos saber. Inclui nossa interpretação do passado, nossas expectativas do futuro, nossos planos e preconceitos. Qualquer desses aspectos terá forçosamente de mudar quando se dá uma mudança na vida da pessoa. Kauffman (2002) ampliou o conceito para abranger a noção de segurança, de que é possível pensar em um futuro com base no que se conhece e no que já foi vivido. Trabalhar com pessoas enlutadas requer a clareza de identificar em que aspectos o mundo presumido mudou e com o que a pessoa pode contar para efetivar essa mudança e construir para si um novo significado.

Como fundamentação teórica para o desenvolvimento de estratégias de apoio psicológico ao enlutado, destacamos o Modelo do Processo Dual, desenvolvido por Stroebe e Schut (1999, 2001). Por meio de uma abordagem integrativa de outras contribuições teóricas, como a teoria do apego, a psicanálise e a teoria cognitiva do estresse, esses pesquisadores desenvolveram um modelo teórico que parte do conceito de trabalho de luto, mas o transcende para uma visão mais complexa sobre como a adaptação do indivíduo se dá diante da perda. O processo de adaptação e construção de significado ocorre a partir da oscilação entre o enfrentamento orientado para a perda e o enfrentamento orientado para a restauração. Os diferentes processos de luto se dão dentro de um espectro que vai de um foco



predominante na perda até um foco predominante na restauração. Essa oscilação é compreendida como um processo regulatório e dinâmico. Vale ressaltar que, quando mencionamos o enfrentamento orientado para a perda, entendemos que as reações emocionais, psicológicas, cognitivas, sociais, físicas e espirituais estão predominantemente ligadas aos aspectos relativos ao rompimento do vínculo e de todas as perdas secundárias correlacionadas à perda principal. Por outro lado, quando nos referimos ao enfrentamento orientado para a restauração, falamos do enfoque dado pelo enlutado às questões adaptativas, relacionadas à vida sem aquela pessoa significativa falecida, sem o relacionamento perdido, ao restabelecimento da rotina, ao controle de riscos eminentes, à busca de significado, não só da perda, mas da vida que segue, e à revisão e reformulação da identidade da pessoa em luto.

O equilíbrio dinâmico da oscilação é compreendido como um processo de luto natural e saudável. Encontramos na população geral uma predominância do enfrentamento focado na perda no início do processo e, posteriormente, observamos com mais frequência o enfrentamento voltado para a restauração (Mazorra, 2009). Aponta para uma predominância do enfrentamento voltado para a perda nas mulheres e para a restauração nos homens. Isso nos leva a refletir que tal funcionamento só pode ser compreendido se for considerado de forma sistêmica na interação do funcionamento psíquico com o ambiente e em seu contexto histórico, além de outros fatores que devem ser considerados na influência desse processo, entre eles a circunstância da morte, a dinâmica familiar, a relação com a pessoa perdida e os recursos prévios de enfrentamento do enlutado. Essa posição acerca da multiplicidade de fatores que delineiam o processo de luto vem sendo profundamente estudada e referendada por muitos pesquisadores e clínicos, entre os quais se destacam Archer (2008), Weiss (2008) e Neimeyer (2012).



Quanto à dinâmica que leva ao adoecimento psíquico do indivíduo, Stroebe e Schut (1999, 2001) consideram que a patologia está na vivência extrema e rígida de um ou outro extremo (perda ou restauração).

O Modelo do Processo Dual do Luto é, portanto, uma concepção teórica muito dinâmica e instrumental para a compreensão do processo de luto e o desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológicas adequadas e eficientes com as pessoas enlutadas nos mais diferentes *settings* de intervenção.

Especificamente em situações de desastres, sejam eles provocados pela natureza ou pelas ações do homem, o ser humano depara com um enorme desafio e um processo psicológico complexo diante da tarefa de lidar com o trauma vivido e a ruptura brusca e violenta de seu mundo presumido.

Segundo Hodgkinson e Stewart (1998), para o sobrevivente, o desastre envolve a corrupção da inocência. Isso porque, entre as inúmeras perdas a ser enfrentadas no luto por um desastre, a perda da fé é um dos grandes fatores desorganizadores do funcionamento psíquico do enlutado. Não se trata da fé religiosa, mas a fé inerente à experiência do bem viver, aquela que se sustenta no fato de que a vida tem consistência e significado. Dessa perspectiva, sobreviver não deve apenas ser compreendido como a diferença entre viver e morrer, mas envolver qualidade de vida e a condição de transformação diante da experiência traumática.

Portanto, o processo de luto por uma catástrofe é caracterizado por especificidades que devem ser consideradas fatores de risco para o enfrentamento do indivíduo. Quando falamos em desastres, consideramos perdas súbitas, muito frequentemente coletivas, violentas, múltiplas e que, em muitas situações, resultam na falta de um corpo para ser velado ou de outros elementos associados ao incidente



que oferecem ao indivíduo a oportunidade de concretizar a perda e sancionar seu luto.

O luto nessas condições é permeado por sentimento de culpa, raiva, inconformismo, ansiedade, vergonha, tristeza e choque. Tais sentimentos manifestam-se de forma intensa, sobreposta e não linear ao longo do tempo, em especial no período inicial do luto, quando o caos prevalece em torno da situação do desastre e os esforços de resgate das vidas e recuperação do patrimônio envolvido ainda estão ativos.

Sob a perspectiva cognitiva, confusão, bloqueio de sentimentos e busca de sentido são as reações mais intensas e duradouras, comparadas aos outros tipos de perda.

A ruptura da fé acima citada provoca uma fragmentação da sensação de segurança interna, e um frequente e generalizado sentimento de desconfiança e medo permanece nos primeiros meses do processo, acarretando ao indivíduo um processo de isolamento social, também reforçado pela culpa e vergonha pela sobrevivência.

Nesse doloroso percurso de busca de significado, o enlutado frequentemente depara com algumas inquietações, tais como: por que isso aconteceu comigo? Como escapei? Por que escapei? Por que me sinto assim? Quem sou eu a partir dessa experiência? O que mais pode acontecer? Vou me sentir seguro novamente? Tais inquietações refletem busca de sentido e transformação de identidade (Guies e Neimeyer, 2006) e transformação na relação com o mundo (Parkes, 2008; Mazorra, 2009), processos envolvidos na elaboração da perda. A vivência de uma catástrofe,



por seu caráter violento e repentino, provoca a ruptura do mundo presumido e representa um desafio ainda maior para o processo de construção de significado.

Deve-se, então, considerar que os aspectos inerentes às condições do desastre associadas às condições prévias psicossociais e físicas do indivíduo são fundamentalmente fatores dificultadores para o enfrentamento por parte do enlutado e, portanto, justificam uma intervenção psicológica especializada e preventiva, visando minimizar os aspectos comprometedores que poderiam levar a um processo de luto complicado ou mesmo ao desenvolvimento de transtornos psicológicos - mais frequentemente o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Mazorra (2009), em estudo a respeito da construção de significados atribuídos à morte de um ente querido, aponta que a sociedade e a família têm um papel fundamental na prevenção das complicações do luto e no fomento da resiliência, devendo oferecer recursos para que o enlutado possa enfrentar perdas e atribuir sentido a essas experiências. A experiência de receber cuidados após a vivência de uma perda significativa contribui para a elaboração do luto; por sua vez, caso seja uma experiência de desamparo, encontra-se a crença de que o enlutado não é merecedor de cuidado e de que o mundo não é cuidador.



### 3. O LUTO POR QUEBRA DO MUNDO PRESUMIDO EM DESASTRES

Todos nós possuímos uma imagem pessoal de como o mundo é e de como a vida se desenrola. Acreditamos que nascemos, crescemos, nos desenvolvemos e envelhecemos. Acreditamos que os mais velhos morrem antes dos mais jovens, pois assim manda a natureza. Acreditamos que o mundo possui perigos e, para alguns, temos como nos proteger; para outros, cremos que estamos muito distantes para sermos atingidos. Acreditamos que temos zonas na vida de plena segurança. Às vezes, chegamos mesmo a acreditar que somos invulneráveis.

Vivemos e planejamos nossa ação no mundo com base no que acreditamos. Construimos uma concepção filosófica pessoal da realidade a partir de nossas crenças e das experiências vividas. Trata-se de uma concepção dinâmica, colocada à prova, reavaliada e ajustada no dia a dia.

Essa concepção pessoal de mundo foi denominada por Parkes (1998) mundo presumido.

*[...] Todos nós, desde que nascemos, construimos internamente um modelo, um conjunto de concepções que servem de base aquilo que reconhecemos como mundo. Como ele é baseado na realidade, representa uma base sólida e útil para pensamentos e comportamentos. Confiamos na precisão dessas concepções para nos manter orientados no mundo e para controlar nossa vida [...]* (Parkes)



O mundo presumido é, de forma simples, a nossa concepção pessoal de realidade, é aquilo que acreditamos que a vida seja e o modo como cremos que as coisas são. Ele se constrói a partir da imagem representacional que temos de nós, do mundo e do outro. Esse conjunto dinâmico de imagens foi denominado por Bowlby (1998) Modelo Operativo Interno (MOI), o qual se forma com base na introjeção da figura de apego. De acordo com a disponibilidade e acessibilidade que cremos ter à figura de apego, construiremos a nossa imagem do outro - como disponível ou não -, a imagem de nós mesmos - dignos ou não de amor e atenção - e a imagem do mundo - receptivo ou não, perigoso ou não. Esse modelo é construído com base nas experiências reais e na história de relacionamentos vividos na infância e na adolescência.

O MOI é um guia de interpretações das situações vividas, das capacidades pessoais e do modo de ação no mundo. Logo, para que seja funcional, deve ter um mínimo de sintonia com os fatos que a vida nos impõe, sem a qual não conseguimos agir eficientemente no mundo.

*[...] Qualquer coisa que coloca em dúvida esse modelo nos incapacita. No entanto, surgem discrepâncias entre o mundo que é e o que deveria ser (com base no nosso modelo interno), que não podem ser ignoradas. Nosso modelo interno precisa ser constantemente monitorado e atualizado. (Parkes)*

Os acontecimentos traumáticos são situações caracterizadas pela dissonância entre a concepção de mundo que possuímos e os fatos da realidade. Essa dissonância desenrola-se na percepção subjetiva do indivíduo. A situação traumática traz uma nova realidade que vai além do que podíamos acreditar que aconteceria



no nosso mundo pessoal. Assim, põe por terra nosso conceito particular de realidade, fazendo-nos questionar nossas crenças mais profundas.

O trauma quebra o nosso modelo de mundo presumido, sendo um fato completamente inesperado, repentino, inimaginável. Essa quebra se dá de maneira instantânea diante de uma nova realidade, entendida como extremamente cruel e concreta. Ante um acontecimento traumático, o mundo presumido tem a sua validade abalada, abrindo espaço para um imenso vazio. O antigo conceito filosófico da vida é rompido, questionando a veracidade de nossas crenças pessoais, as quais não podem mais explicar/significar o terror vivido. Alteram-se os esquemas cognitivos, trazendo fragilidade aos conceitos que antes eram usados como parâmetros; o indivíduo torna-se inseguro em sua ação no mundo e apreensivo em seus relacionamentos sociais. Surge a necessidade de se construir um novo modelo de mundo, mais condizente com os novos aspectos da realidade.

A segurança pessoal fica extremamente frágil. O mundo não é mais visto como seguro e tranquilo, o que gera desconfiança e medo. Não há mais em que se apoiar, não há conceitos sólidos de mundo para se planejar a ação ou se fazer previsões. O futuro se encolhe, quebra-se o mito de previsibilidade da vida. Adquire-se a consciência de sua fragilidade. Desmonta-se a ilusão de ter controle sobre os acontecimentos e ser invulnerável.

Somam-se a todos os demais lutos aquele por um mundo que era mais "feliz" e por um antigo eu. Perde-se o antigo conceito de mundo; perde-se a antiga autoimagem; perde-se a maneira de enxergar o outro. Nunca mais o mundo e o indivíduo serão os mesmos. Cía (2001, p. 62) destaca a "alteração na personalidade do sujeito, refletida por meio de sua conduta, emoções e pensamentos". Everly e Lating (2004) também relacionam a quebra do mundo presumido a mudanças na



personalidade, pois entendem que ele está na base da personalidade, tendo a importante função de oferecer um conjunto de crenças profundas que dão ordem, significado e segurança para o desenvolvimento do indivíduo. O trauma traz ruptura, contradição e violação do esquema básico de personalidade, sendo uma das raras situações capazes de modificar o mundo presumido, que, para esses autores, teria caráter perpétuo.

Bobes *et al.* (2000) também se referem a mudanças permanentes na personalidade consequentes da vivência traumática, ressaltando que, quanto mais cedo na vida se experimenta um acontecimento desse tipo, mais severas são as alterações da personalidade.

"O trauma é a antítese da ordem, da proteção e da segurança." (Everly, 1993 apud Everly e Lating, 2004, p. 44).

A sensação de insegurança e desproteção tão característica do pós-trauma faz-nos pensar na possibilidade de alteração no padrão de apego (Bowlby, 1998) de seguro para inseguro. A pessoa que confiava em seus relacionamentos, em sua eficiência no mundo passa a ter um autoconceito negativo e a ver seus relacionamentos como ineficientes na função de proteção. A insegurança passa a ser a lente através da qual o indivíduo enxergará o mundo, modificando a sua ação, expressa no modo de pensar, de se comportar, de sentir e de perceber os fatos. O indivíduo e seu mundo nunca mais serão os mesmos, pois contam agora com a consciência da sua vulnerabilidade, finitude e falta de controle. Assim, o trauma marca a sua vida com o antes e o depois da experiência vivida.



A visão de um mundo sem tantas garantias e mitos de controle e invulnerabilidade também pode relacionar-se a uma nova autoimagem de força e maior capacidade (Greggio, 2005). Suportar viver em um mundo tão hostil e sobreviver a todo o sofrimento trazido pelo acontecimento traumático mostram para algumas pessoas uma capacidade de suportar a dor maior do que elas podiam imaginar, construindo assim uma nova autoimagem de maior resiliência.

Após um acontecimento traumático, apresenta-se a difícil missão de elaborar os fatos. Resta a necessidade de significar tudo o que aconteceu, redescobrir-se como pessoa e construir um novo mundo presumido. É preciso ter um novo mundo, para, a partir daí, viver a vida pós-desastre e pós-luto.

Tendo isso em vista, entendemos que o acolhimento ao enlutado após a vivência de uma catástrofe é de fundamental importância para a elaboração do luto, e o trabalho de intervenção psicológica em emergência deve ser divulgado, ampliado e oferecido em ampla escala em nosso país e no mundo.

Sendo assim, como podemos compreender o luto em situações de desastres com base nessa fundamentação teórica? Ou, ainda, como podemos considerar a atuação técnica com os enlutados com base nesse modelo de compreensão do luto?

Nosso ponto de partida está em compreender como a natureza desse tipo de perda compromete o processo de luto e as condições de enfrentamento do enlutado.



Ao avaliarmos o impacto de uma morte súbita, trágica, violenta e coletiva, o que se impõe é a dificuldade de absorver a realidade caótica e chocante, não só do ponto de vista emocional, mas também cognitivo. Em decorrência, devemos considerar que todo esforço que o enlutado necessita fazer para reconhecer; compreender e reagir diante da realidade só deve sobrecarregar o enfrentamento voltado para a perda.

Além disso, tal condição complexa e dolorosa também pode comprometer a oscilação entre o enfrentamento voltado para a perda e aquele voltado para a restauração, afinal, só podemos olhar para a frente quando nos situamos onde estamos, por uma questão instintiva ligada à sobrevivência. Por outro lado, se as condições do indivíduo e da situação favorecem uma evitação do acontecimento traumático e de suas reverberações, o sobrevivente pode se orientar de forma rígida e defensiva para a restauração, negando o aspecto da perda e de seu processo de elaboração e fixando-se em processos defensivos diante do sofrimento.

Dessa forma, entendemos que uma situação de perda súbita e violenta torna-se uma condição de risco para a ruptura da dinâmica saudável e desejável entre o enfrentamento direcionado para a perda e o voltado para a restauração. Então, podemos considerar que, se comparado a outros tipos de perda, o luto experimentado por perdas em situações de desastres com mais frequência será vivido de forma rígida e defensiva diante do sofrimento intenso e súbito, o caos e o descontrole, o inesperado e ilógico.

Por outro lado, quando a situação vivida promove uma revisão do mundo presumido, também oferece com mais intensidade a possibilidade de transformação e crescimento na sua sequência. Esse conceito foi descrito na literatura como crescimento pós-traumático (Tedeschi, Park e Calhoun, 1998; Calhoun e Tedeschi,



2006; Davis, 2008) e refere-se a mudanças psicológicas positivas significativas que sucedem a experiência de situações que desafiam ou invalidam o mundo presumido.

No entanto, uma vez mais, entendemos que receber suporte adequado do ambiente nesse momento pode significar a grande diferença entre um enfrentamento defensivo e a possibilidade de transformação. Para o enlutado, o sentimento de que conta com uma base segura é fundamental para que possa oscilar entre os temores de não sobrevivência diante da ameaça vivida e o enfrentamento voltado para perda e restauração e lançar-se com mais tranquilidade no processo de exploração do mundo interno e de relações (Mazorra, 2009; Marris, 2008; Purnell e Shubinsky, 2008).



## 4. PERDAS COLETIVAS E O LUTO NÃO RECONHECIDO

Os desastres provocam rupturas bruscas na vida das pessoas, em virtude da sua manifestação violenta e destruidora, deixando as pessoas subitamente enlutadas, não somente as que vivenciam perdas por mortes, mas também aquelas que perdem suas casas, seus pertences ou até mesmo sua segurança no mundo que conheciam; nesse sentido, é preciso ter um espaço social para enlutar-se diante dessa intensa desorganização, mesmo diante da sensibilização que as vítimas fatais nos mobilizam.

Por vezes, nós nos sensibilizamos mais pelas perdas por mortes e, com isso, não consideramos importante o sentimento das pessoas enlutadas por outros tipos de perdas, ou ainda, a própria pessoa sente sua perda como "menor", não se permitindo vivenciar e compartilhar sua dor, já que "pelo menos está viva", quando tantos outros morreram.

Doka (1989) afirma que existem circunstâncias nas quais as pessoas experimentam a perda, mas não têm seus direitos, papel ou capacidade de pesar reconhecidos socialmente. Nesses casos, o luto não é reconhecido e a pessoa que sofre uma perda tem pouca ou nenhuma oportunidade de enlutar-se em público.

Oliveira (2014) ressalta o papel da comunidade na construção do significado das perdas coletivas, uma vez que é essa mesma comunidade que vai utilizar seus esforços na reconstrução, após o reconhecimento das perdas e do luto.



O luto não reconhecido pode ser, então, definido como aquele que as pessoas experimentam quando ocorre uma perda que não é ou não pode ser abertamente conhecida, publicamente lamentada ou socialmente apoiada.

O conceito de luto não reconhecido parte do princípio de que as sociedades possuem um conjunto de normas, como "regras de luto", que especificam quem, quando, onde, como, por quanto tempo e por quem as pessoas devem expressar seus sentimentos de pesar (Doka, 2002; Casellato, 2013).

Dessa perspectiva, como não considerar a dor daquele que perdeu seus sonhos e conquistas após anos de luta? A situação de desastre vai desde as perdas materiais até a perda da identidade psicológica do indivíduo e da comunidade. A comunidade muitas vezes sofre um grande impacto com as perdas de bens, mas, principalmente, com a perda do senso de proteção e segurança. As pessoas perdem em muitas situações trabalho, sustento e senso de pertencimento e de produtividade.

Nesse sentido, a vivência do desastre corrói aos poucos a ideia de que o mundo é um lugar seguro, levando ao desequilíbrio, enfraquecendo os recursos de enfrentamento. Esse aspecto pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento do luto complicado, pelo fato de a destruição de uma comunidade ser mais que uma perda da história social, e sim a perda da identidade social e individual, abalando a autoestima e o autoconceito dos indivíduos atingidos.

Ao realizar um estudo sobre as inundações na população de Santa Catarina em 2010, Torlai observou que, com o início das chuvas (acontecimento estressor), a população tende a entrar em estado constante de alerta, disponibilizando recursos de enfrentamento para lidar com tal eventualidade, e a perspectiva de futuro é assombrada pela possibilidade da ocorrência de novos desastres. Constatou



também que o desastre é um acontecimento com grande possibilidade desencadeadora de trauma que pode ameaçar a existência de uma comunidade, seu foco, propósito e metas; pode aumentar ou diminuir os laços da comunidade. Acontecimentos traumáticos podem ter diferentes resoluções, como uma comunidade crescer a partir da raiva por uma tragédia enquanto outras podem tomar-se paralisadas pelo medo ou ainda confrontar o incidente e seus desdobramentos. Se a extensão de perdas for grande e envolver um grande número de mortos ou feridos, a tragédia pode afetar vários segmentos da comunidade. Em tragédias que envolvem deslocamento ou realocação maciça, desempregos em longo prazo ou destruição de propriedades, a catástrofe pode mudar a identidade e até a estrutura da comunidade (Williams *et al.*, 1999).

Muitas comunidades apresentam fatores de risco, pela prolongada exposição ao acontecimento traumático, repetição dos incidentes, intencionalidade do ocorrido, acontecimentos que causam danos físicos ou ameaçam a vida e a integridade física e aqueles que causam danos à rede de suporte da comunidade. Porém, é necessário que a comunidade reconheça o acontecimento estressor como traumático para que tenha esse impacto. As comunidades, com sua bagagem cultural, interpretam trauma e perdas de formas diferentes. Os membros da comunidade buscam restaurar seu funcionamento e para isso têm de transformar a si mesmos e suas relações com as organizações da comunidade, vizinhos, estruturas políticas e outros grupos enquanto tentam encontrar um significado funcional e social aceitável para o ocorrido.

Há estudos (Torlai, 2010; Krum, 2007) que ressaltam que diante da situação de destruição decorrente dos desastres, as redes de apoio apresentam-se ambivalentes, manifestando comportamentos oportunistas. É a tão temida perda da civilidade. Nessas situações, famílias inteiras sentem-se desprotegidas e ameaçadas



pela comunidade, ampliando seus sentimentos de invasão de privacidade, vulnerabilidade e impotência e abalando as redes de apoio social.

Para Kauffman (1989), a comunidade é a rede natural de suporte na qual adquirimos o senso de identidade e pertencimento. Assim, algumas das consequências do luto não reconhecido e positivamente enfrentado, quando a comunidade não provê o reconhecimento e o suporte necessários, podem ser a desilusão e o afastamento da pessoa da comunidade, levando a uma experiência de solidão, abandono e desamparo.

Diante desse aspecto, encontramos também uma rede de apoio fragilizada lidando com suas próprias perdas, daí a importância de levar em consideração os recursos de enfrentamento de todos os segmentos envolvidos, considerando suas formas de manifestação, pois as redes de apoio nesse momento podem agir como facilitadoras ou comprometedoras do processo de elaboração do luto.

As comunidades podem ser fontes de suporte importante e necessário para ajudar o enlutado, contanto que estejam em condições de prover tal apoio. Caso contrário, a desorganização pode chegar a tal ponto que, em vez de prover suporte para o enfrentamento da tragédia e das mudanças que ocorrerão em seu âmbito, podem ser mais uma fonte de angústia e crises concomitantes às perdas desencadeadas pelo incidente, e em diferentes graus dificultar o processo de luto individual dos seus membros.



## 5. O LUTO DA CRIANÇA

Apesar de socialmente reconhecermos o sofrimento e a dor de uma criança ao perder alguém querido, a morte continua a ser um assunto sobre o qual ela recebe pouca informação, e, quando afetada, pouca ajuda ou reafirmação acerca de seus pensamentos e sentimentos dolorosos e confusos lhe é oferecida (Monroe, 2001). Diregrov e Diregrov (2013) ressaltam o quanto o luto da criança não é reconhecido ou validado, diante dos muitos estudos que focalizam quase que exclusivamente o luto do adulto.

Podemos levantar algumas hipóteses para entender por que isso acontece. Monroe (2001) discorre sobre o medo do adulto de dizer ou fazer algo errado, que possa piorar a situação para a criança, causando-lhe ainda mais sofrimento e danos emocionais. Torres (2002, [1999]) fala da dificuldade do adulto de lidar com o tema da morte, já que isso faz que ele tenha de necessariamente se confrontar com sua própria finitude. Evitar o assunto com a criança, sob a alegação de que ela não pode entender a natureza do assunto, é um expediente que o protege, em certa medida, daquilo que o atinge diretamente. A ideia dos adultos de que as crianças, principalmente as menores, não compreendem a morte, seja por se manterem em silêncio, por parecerem, a seus olhos, aparentemente indiferentes ao acontecimento ou, ainda, por terem reações diferentes das dos adultos, que podem não ser entendidas como uma reação à perda, pode contribuir para que as crianças enlutadas não recebam o suporte necessário.



Diregrov e Diregrov (2013) ressaltam a necessidade de se estudar o luto da criança considerando o ponto de vista desenvolvimental sem esquecer o relacional, uma vez que muito da construção de significado que a criança pode fazer fundamenta-se na família que lhe dá suporte tanto para crescer como para lidar com crises desencadeadas por perdas.

Outro fator de extrema relevância nesse processo é a influência da família no processo de luto da criança, como destacam diversos pesquisadores e clínicos (Bowlby, 2004 [1973]; Black, 1993; Torres, 2002 [1999]; Bromberg, 2000; Monroe, 2001; Franco e Mazorra, 2007; Pynoos, Steinberg e Brymer, 2011). Se uma família está enlutada, a criança pertencente a esse sistema familiar vivencia diferentes sentimentos dentro de seu contexto e, com seus recursos, precisa lidar com as mudanças que se impõem a partir da perda.

A criança, assim como o adulto, constrói concepções de mundo com base em suas experiências e relações. É esse mundo que garante segurança a ela, é o que ela conhece. As experiências diárias - por exemplo, quem a leva para a escola, os acontecimentos em família, quem é responsável por quais cuidados com relação a ela - dão a ela certezas sobre o que pode esperar - dão controle à sua vida. Da mesma forma, na relação com as outras pessoas, ela vai aprendendo a reconhecer quem são as que convivem com ela, bem como identificar determinados comportamentos e sentimentos - por exemplo, saber o que deixa a mãe brava, o que deixa os pais felizes etc.

Quando uma grande mudança acontece na vida da criança, como a perda de um ente querido, o seu mundo presumido é abalado, lançando-a em um mundo desconhecido. Quanto mais mudanças ocorrerem, é provável que mais inseguro se torne seu mundo. Pensando em situações de desastres, estas se amplificam e,



dependendo da situação, as perdas podem ser muitas e de diversas naturezas (perder alguém próximo, a casa, a escola). É de se esperar que, diante do desamparo provocado pelas mudanças, a criança tenda a se agarrar àquilo que conhece, ao que lhe dá segurança, e busque respostas para aplacar suas angústias de como suas necessidades serão supridas. Se, por exemplo, era a mãe que fazia todos os dias o café da manhã e a levava para a escola, a criança provavelmente perguntará quem irá realizar essas tarefas agora.

O mundo familiar deixa de ser familiar e as respostas que antes funcionavam não funcionam mais - isso faz que ela perca a confiança no mundo, gerando sentimento de insegurança, ansiedade e medo. A ansiedade da separação pode ser vista como uma reação diante do desamparo, levando-a, muitas vezes, a se agarrar aquilo que lhe dê alguma segurança: ela pode canalizar isso para um bichinho de pelúcia, um animal de estimação ou o pai sobrevivente (Worden, 1998).

Nós, adultos, precisamos sentir que temos algum controle diante da desorganização que mudanças muito grandes e rápidas causam em nossas vidas. Procuramos encontrar dentro de nossa vivência algo que nos traga um pouco de controle adiante da nova situação. Alguns se voltam ao trabalho, por exemplo. A criança também busca recuperar algum controle diante da sensação de desamparo que uma perda causa em sua vida. Ela poderá fazer isso buscando, por exemplo, a nova pessoa que lerá um livro para ela ou a levará para passear.

Porém, é impossível não considerar o papel do responsável pela criança em seu processo de elaboração. A perda impacta a família como um todo, e as mudanças irão ocorrer para todos dentro dela. Esse processo de reaprendizagem que se segue após uma perda significativa ocorre por meio da construção de significados. As mudanças promoverão, entre outros, elaborações sobre o processo de transição que



ajudem a família a se adaptar à perda de um ente querido. Faz-se importante, portanto, atentarmos para a relação da experiência da perda significativa com o mundo de significados dos enlutados.

Há concordância considerável entre os estudiosos de pessoas que perderam um dos pais na infância em relação à importância das experiências da criança depois da perda (Bowlby, 2004; Ormond e Charbonneau, 1995; Ward-Winuner e Napoli, 2000; Mazorra, 2001; Torres 2002; Worden, 1998; Py-noos, Steinberg e Brymer, 2011; Osofsky, 2012; Groves e Augusfin, 2012). Bowlby (ibidem) afirma que pessoas que apresentaram distúrbios psiquiátricos após a perda são aquelas que provavelmente receberam uma atenção paterna ou materna deficiente no processo de luto.

Sandler *et al.* (2008) destacam a plasticidade dos fatores de risco e de proteção para luto complicado da criança, se considerarmos a importância do meio familiar como suportivo ou não diante da perda parental. A possibilidade de alterar o efeito de um fator de risco para que ele se torne um fator de proteção para a criança foi observada por estudos tanto com crianças enlutadas como com aquelas cujos pais se divorciaram, e apresentou-se como um poderoso fator a ser considerado, tanto na avaliação das necessidades como nas propostas de intervenção.

Black (1993) acrescenta que o ajustamento da criança ao luto em muito depende do ajustamento do genitor sobrevivente a ele. Em curto prazo, pode-se observar o não reconhecimento ou a amenização do luto da criança pelo fato de o genitor estar sobrecarregado e paralisado por ele, ou por estar tentando evitá-lo. Segundo a autora (ibidem), essas condições podem levar a criança a uma leitura errada das atitudes do genitor - ela pode interpretá-las como doença (o que pode alimentar seu medo de perdê-lo), ou ainda evitar compartilhar seus sentimentos e pensamentos



sobre o ocorrido, na tentativa de proteger os outros membros da família. Dent (2005), por outro lado, chama-nos a atenção para o fato de que crianças que sofreram uma perda repentina, para a qual não tiveram oportunidade de se preparar, podem se sentir angustiadas, especialmente em situações nas quais o corpo foi mutilado, ou a morte foi induzida pela própria pessoa. Estudos têm demonstrado que o ajustamento após a morte nesses casos pode ser mais difícil, particularmente logo após a perda.

Quando há, ainda, questões práticas a ser tomadas, o luto pode ser adiado e a raiva, aprofundada, dificultando o entendimento do ocorrido - e as perguntas das crianças podem ficar sem respostas (Monroe, 2001).

Outro fator que pode estar mais fortemente associado ao tipo da perda, observado por Worden (1998), diz respeito à forma como o genitor sobrevivente percebe seu filho, fator considerado importante para a validação dos sentimentos da criança. Mortes repentinas, como homicídios e suicídios (e outras mortes violentas), foram aquelas em houve maior discrepância da percepção dos pais em relação à do filho, bem como do que foi relatado. Aqui entendemos que, talvez, a desorganização e o caos provocados por esse tipo de perda, assim como as questões práticas que precisam ser resolvidas - até mesmo questões legais, como no caso do homicídio (a busca de justiça, por exemplo) -, podem ser fatores de estresse, que fazem que o genitor sobrevivente esteja menos disponível e, por consequência, menos atento aos sentimentos de seus filhos.

Como podemos observar, a circunstância da morte influencia o processo de luto da criança na forma como essa morte impacta sua família. O modo como a família lidará com a morte e com as perdas e o significado que atribuirá a elas delinearão as oportunidades oferecidas para a criança compartilhar seu luto.



Informações imediatas e seguras sobre as circunstâncias da perda, bem como a possibilidade de obter respostas seguras sobre ela, são fatores facilitadores do processo de luto da criança, segundo Bowlby (2004 [1973]). O não fornecimento de informações corretas a respeito do ocorrido foi tido como um dos fatores complicadores desse processo (Mazorra, 2001). Ao receber informações corretas e imediatas sobre o ocorrido, a criança tem a oportunidade de construir significados coerentes sobre o que aconteceu e pode lidar com sua perda e sua dor, tendo a chance, por exemplo, de optar por compartilhar os ritos fúnebres com sua família. Abre-se a possibilidade para ela questionar a si mesma e a outras pessoas, o que pode reforçar sua sensação de segurança. A ausência de informações, ou informações incorretas, confunde a criança e pode levá-la a uma distorção da situação, deixando lacunas em sua história, que certamente serão preenchidas com fantasias, que podem ser piores do que a realidade. A percepção de discrepâncias entre o que aconteceu e o que lhe disseram pode levá-la a um estado de desconfiança em relação às pessoas e abalar sua segurança em relação ao mundo.

A compreensão da morte pela criança é influenciada pelo seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional, como as experiências passadas de perda e habilidades verbais (Dent, 2005); sistema de crenças familiares e normas culturais (Monroe, 2001); e a maneira como a família e as pessoas ao redor falam a respeito da morte e lidam com suas perdas (Bromberg, 2000).

Compreender a morte, tal como ela é para os adultos, implica compreender os componentes do conceito de morte, como: irreversibilidade (o corpo físico não pode viver depois da morte, o que implica reconhecer que não se pode mudar o curso biológico da vida e voltar a ser o que era antes); não funcionalidade (todas as funções definidoras da vida cessam com a morte); e universalidade (tudo que é vivo morre) (Torres, 2002 [1999]). Para atingir tal entendimento, a criança precisa compreender



conceitos abstratos, como finalidade, causalidade e irreversibilidade (Worden, 1998).

Autores como Bromberg (2000), Christ e Christ (2006), Dent (2005) e Monroe (2001) não colocam tanta ênfase na correlação idade cronológica/conceito de morte, e sim na relação entre desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança. No que diz respeito ao conceito de morte, concluem que apenas idade não é razão para a criança ser excluída das experiências familiares e a única forma de ter certeza sobre o quanto compreende a circunstância em que se encontram é perguntando a ela.

Por desenvolvimento cognitivo, entendemos os processos pelos quais a criança passa e que fazem que o seu comportamento não dependa somente do que a está estimulando no momento, mas que ela possa combinar essa informação perceptual com informações da memória, de modo que seja possível para ela fazer alguma previsão do que pode acontecer no seu mundo e, a partir disso, planejar e reagir adequadamente (Bowlby, 2004 [1973]).

Torres (2002), em seus estudos sobre a conceituação da morte em crianças utilizando como referencial as etapas piagetianas do desenvolvimento, identificou três níveis nos quais elas se encontram:

- **Primeiro nível:** média de idade de 5 anos e 7 meses - não compreendem a morte como um processo definitivo e irreversível; não estabelecem como opostos seres inanimados e animados e não reconhecem a categoria de seres inorgânicos; são incapazes de separar a morte da vida, admitindo vida na morte e atribuindo a fatores externos a impossibilidade de a morte realizar atividades ou sentir.



- **Segundo nível:** média de idade de 9 anos e 5 meses - evoluem na distinção entre seres animados e inanimados, mas não conseguem dar explicações lógicas de causalidade, atribuindo causas específicas à morte; oposição entre a vida e a morte; não atribuem vida ao objeto morto; a morte é definida com base em aspectos perceptivos; não são capazes de estabelecer generalizações e dar explicações biológicas; condição definitiva e permanente.
- **Terceiro nível:** média de idade de 11 anos e 6 meses - distinção clara entre seres animados e inanimados; a morte é extensiva a todos os seres animados; explicações biológicas e lógico-categoriais de causalidade; morte como parte da vida; processo interno que cessa a vida corporal; explicações amplas que envolvem generalizações e enfoque sobre a paralisação de órgãos essenciais.

De acordo com Black (1993), por volta dos 5 anos de idade, a maioria das crianças compreende que a morte é irreversível, tem uma causa, envolve separação permanente e pessoas mortas diferem das vivas em muitos aspectos: são imóveis, não podem sentir, ouvir, ver, cheirar ou falar e suas funções corporais cessam, não necessitando de comida ou bebida.

A compreensão, segundo Dent (2005), que as crianças têm sobre a morte desenvolve-se gradualmente, mas é por volta dos 9 ou 10 anos que a maioria compreende que a ela é inevitável, irreversível e universal.



Como podemos observar, há discordâncias com relação à idade com que a criança compreende a morte. Bowlby (2004 [1973]) questiona a colocação de que mesmo as menores não compreendam, por exemplo, a questão da irreversibilidade e argumenta que muito se deve ao fato de os estudos não levarem em conta questões culturais. Desde muito cedo, as crianças deparam com fatores intrigantes da morte, como encontrar bichinhos mortos, que incitam sua curiosidade. Portanto, a forma como suas perguntas serão respondidas irá ajudá-la a construir seus conceitos. O autor aponta que, nas sociedades ocidentais, muitas das crenças sobre a vida e a morte são permeadas por incertezas, ambiguidades e incoerências que criam confusão no mundo da criança.

A esse respeito, Bromberg (2000) acrescenta ainda que, mesmo na adolescência, fase em que os conceitos de irreversibilidade, universalidade e causalidade já estão estabelecidos, a cultura brasileira, permeada por explicações religiosas dos fenômenos naturais, pode levar a distorções sobre o entendimento da morte.

Dessa forma, entendemos que a questão cultural tem um peso relevante em como o conceito de morte é construído, e seria precipitado nos basearmos somente na idade da criança para avaliar sua compreensão.



Poder avaliar o quanto a criança sabe e ainda acreditar que, independentemente da idade, ela pode compreender; com a ajuda do adulto, o que está acontecendo em sua vida possibilitam a construção de conceitos sobre a morte que possam ajudá-la a lidar com sua perda, abrindo-se ainda possibilidades de poder corrigir eventuais confusões que ela possa ter como verdadeira e em nada a ajudam a lidar com a perda (por exemplo, achar que o seu ente querido morto esteja sofrendo por não ter água, comida, ou esteja sentindo frio).



## 6. PERDA AMBÍGUA E LUTO EM DESASTRES

É possível que, em decorrência de um desastre, pessoas desapareçam, temporária ou definitivamente - seja em um desastre natural, como nas chuvas e em consequentes deslizamentos, nos quais inúmeras pessoas podem ser soterradas nas enxurradas; seja em um desastre de natureza humana, como em uma explosão ou na queda de um avião, as quais podem levar à mutilação ou até mesmo à destruição total dos corpos das vítimas envolvidas.

O desaparecimento configura-se como um tipo muito particular de perda marcado principalmente pela ausência (temporária ou definitiva) do corpo que comprove sua irreversibilidade. Worden (1998) afirma que um dos complicadores para o enfrentamento de uma perda é, justamente, o chamado fator circunstancial, que pode estar relacionado à incerteza quanto à causa e/ou à irreversibilidade da perda; ou à multiplicidade de perdas envolvidas na situação.

Boss (1999) descreve em seu livro o delicado trabalho com famílias de pessoas desaparecidas e aponta para as muitas particularidades envolvidas nesse tipo de perda, por ela denominada perda ambígua. Nesses casos, os enlutados devem conviver com a incerteza do paradeiro de seu ente querido e prevalecem sentimentos ambivalentes, já que, apesar de conviverem com a ausência física de seus amados, permanece viva a esperança do reencontro. Isso ocorre, segundo a autora, pois:



*Não se pode dizer com segurança se o ser amado está vivo ou morto, recuperando-se ou morrendo, presente ou ausente. Não só falta informação sobre o paradeiro da pessoa, mas tampouco existe a constatação oficial da sociedade de uma perda: não há certidão de óbito [...] nem funeral, nem corpo, nem algo o que enterrar. (ibidem)*

Em alguns casos - em especial nos casos de desastre -, a confirmação da morte pode se dar por meio de uma declaração judicial de ausência, documentação oficializada para que a família possa dar seguimento a questões mais burocráticas, tais como movimentação bancária ou abertura de inventário. Essa declaração, em geral, é fornecida nos casos em que o desaparecido permanece ausente e incontactável por um longo período de tempo, ou mais rapidamente, quando sua presença na situação de desastre é considerada certa, como em casos de desastre aéreo após a confirmação de que o indivíduo em questão havia embarcado na aeronave. No entanto, como nos afirma Boss (1999, p. 35):

*Muitas pessoas necessitam da experiência concreta de ver o corpo do ente querido que faleceu porque isso faz com que a perda seja real. Muitas famílias de pessoas desaparecidas não encontram nunca esta comprovação da morte.*



Esse documento, dessa forma, vem aplacar apenas objetivamente uma dúvida que se mantém viva subjetivamente. A não constatação da morte pode ser um fator extremamente complicador para os enlutados, como aponta Lotersztain (1999, p.15):

*Devemos lembrar que a figura do desaparecido não é igual a do morto. O desaparecimento traz consigo uma incerteza nunca resolvida, salvo se o corpo puder ser encontrado e sepultado... a morte, para se fazer certa subjetivamente, precisa do corpo e da tumba. Sepultar os mortos é dar-lhes a condição humana.*

Podemos perceber que, mesmo nos desastres em que as vítimas são previamente identificadas - como nos casos de acidentes automobilísticos e aéreos ou explosões em casas de show, por exemplo, os quais geralmente possuem uma lista de registro dos presentes -, a espera das famílias pela confirmação se dá, em geral, pelo momento de identificação do corpo. No entanto, até que essa confirmação aconteça - se ela de fato ocorrer -, os enlutados por pessoas desaparecidas iniciam seu processo de luto, em geral, pela fase de negação:

*A tendência, para a maioria de nós, é manter uma relação e não renunciá-la. Uma vez que estabelecemos o vínculo, resistimos a deixá-lo, e quando alguém a quem amamos desaparece, a negação se torna uma resposta compreensível. (Boss, 1999, p. 83)*



Nos casos de perda ambígua, a negação pode exercer um papel fundamental de proteção e até mesmo de motivação para a busca em um primeiro momento após a perda; porém, essa fase pode prolongar-se em demasia em função do tempo transcorrido entre o desaparecimento e a confirmação da vida ou da morte do ente querido. Em alguns casos, a morte é decretada apesar da não localização do corpo, o que pode levar os enlutados a estagnarem nessa etapa do processo de luto, já que devem acreditar na irreversibilidade da perda, mesmo não podendo ver nem velar seu amado. Boss afirma, porém, que, mesmo sem os rituais, a etapa de negação acaba sendo "vencida" pela dura constatação da ausência diária do ente querido, e diz:

*Os membros de uma família que enfrentam uma perda ambígua não podem negar indefinidamente que algo mudou. Com o tempo, um parente, um amigo ou as próprias circunstâncias os pressionam para que definam a condição da pessoa desaparecida de uma maneira ou de outra. Então a família, baseando-se na informação disponível, tenta adivinhar o melhor que pode ser o desenlace possível... (ibidem)*



A essa formulação de hipóteses, Boss (ibidem) chamou de aposta da família. Esse período é geralmente posterior à fase de negação e vem acompanhado de sentimento de culpa, ressentimento, raiva e desespero, coexistindo com a esperança e a fé no reencontro, ambiguidade marcante nos casos de desaparecimento. Para Alvarenga e Villaherrera.

*[...] é importante não só reconhecer e expressar as vivências, mas também dar-lhes um sentido. Isso contribui para o enfrentamento e, ao mesmo tempo, para dar conta da impotência que pode produzir esse tipo de perda.*

Dar sentido a uma perda totalmente inesperada e ainda incerta demanda do enlutado essa capacidade de formular hipóteses, em uma tentativa de restaurar o controle sobre o mundo até então presumido, conhecido, esperado.

Em desastres, é possível constatar que essas "apostas" são elaboradas já no início do processo de enfrentamento da perda, e muitas famílias buscam nos profissionais envolvidos as respostas para seus questionamentos - é comum, por exemplo, o interesse em saber se as pessoas sentem dor durante um acidente, quanto tempo é possível sobreviver em situações calamitosas (sob a terra, dentro de ferragens, exposta a temperaturas extremas etc.) ou mesmo quanto tempo é possível alguém sobreviver sem água e alimento. Essas apostas visam aplacar a dor de não saber ao certo sobre os momentos finais da vida do ente querido, mas, devido à ambiguidade própria a esse tipo de perda, também podem servir como justificativa para manter presente aquele que está ausente.



Em pesquisa realizada com mães de crianças desaparecidas, Oliveira (2008) constatou que sentimentos como culpa e arrependimento são comuns diante de uma situação que, apesar de parecer irreversível, não se encerra em si mesma, pois é somente a partir da localização do ente ausente (seja vivo ou morto) que o processo de luto pode caminhar. As entrevistadas referiram a dor pela perda súbita, sentimento de impotência diante da ambiguidade da perda e, principalmente, a dura rotina de esperar por novas informações, pois não esperar seria, segundo elas, desistir do amado, o que é inadmissível.

Boss (1999) aponta também para o fato de a ambiguidade nos casos de desaparecimento gerar altos níveis de ansiedade e/ ou depressão. Os enlutados podem apresentar sintomas físicos (como fadiga, inapetência/compulsão alimentar, insônia, dores físicas etc.) ou abuso de bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas como forma de diminuir o sofrimento.

Outra particularidade importante é que, nos casos de desastre de massa (em que o número de vítimas é muito alto), é bastante frequente vermos a formação de grupos de familiares e amigos em busca da localização ou mesmo em reivindicação por justiça pelos que estão ausentes. Fotos e passeatas são recursos de enfrentamento diante da presença psicológica de alguém ausente fisicamente; é uma maneira de "provar" que aquele de quem não se tem notícia existe, mesmo que possa não estar mais vivo. É dar-lhe corpo, concretude, permitindo que seja lembrado, homenageado, como quando fazemos ao velarmos os mortos por meio dos rituais.



Oliveira (2008) constatou que a formação de grupos de busca da verdade sobre o paradeiro dos filhos desaparecidos auxiliou significativamente no processo de enfrentamento da perda das mulheres entrevistadas, e as manifestações públicas em que fotos e cartazes contam as histórias dos desaparecimentos foram a forma encontrada por essas mães de ter suas perdas reconhecidas socialmente. Isso aponta para o fato de que os enlutados por uma perda ambígua precisam ter validados seus sentimentos de pesar, mas, como a situação de ausência pode se prolongar por tempo indeterminado, a rede de apoio fica, muitas vezes, exaurida na tarefa de prestar suporte.

O enlutado pode sentir-se muito só e desamparado, e as manifestações em grupo parecem apaziguar esses sentimentos, pois o compartilhar com outros pares facilita a expressão de sentimentos e dá a sensação de pertença àqueles que buscam por um fechamento. Como afirma Boss, "as pessoas anseiam por certeza. Até o conhecimento certo da morte é preferível à continuação da dúvida".

Para concluir, os autores desta unidade ressaltam a necessidade de cuidadosa avaliação das pessoas afetadas por um desastre, considerando-se sua experiência de quebra do mundo presumido, decorrente das perdas e dos lutos que vivenciam. Esse olhar atento encaminha as decisões sobre procedimentos a ser empregados com essas pessoas, numa perspectiva longitudinal que certamente excederá os limites imediatos do desastre. Reconstruir a força de uma comunidade, de uma família ou de um indivíduo que tenha sofrido perdas em razão de um desastre requer mais do que as primeiras respostas. O psicólogo que se propõe a oferecer seus cuidados precisa estar ciente das demandas intensivas e extensivas presentes no atendimento às pessoas enlutadas, de maneira a poder responder tecnicamente a elas, com qualidade e ética.



## 7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. FRANCO, H. P. MARIA. Intervenção Psicológica em emergência. Ed. Summus. São Paulo. 2020.
2. JUNG, C. G. A Prática da Psicoterapia. 12. Ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
3. CARTER, RITA. Multiplicidade – A nova ciência da personalidade. Rio de Janeiro: Rocco, 2016.
4. AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.
5. BRUCK, Ney Roberto Vátimo. Primeiros Auxílios Psicológicos - Angústia Pública e Psicologia das Emergências. Porto Alegre: Editora Gênese, 2009.
6. JUNG, C. G. Psicologia do Inconsciente. 18. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008
7. ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 14276: Brigada de Incêndio - Requisitos. Rio de Janeiro, 2018.
8. DEFESA CIVIL. Glossário de Defesa Civil Estudos de Riscos e Medicina de Desastres. Brasília, 1998.
9. CARDOSO, Marta Rezende (Org.). Limites. São Paulo: Escuta, 2004.
10. CALAZANS, R.; BASTOS, A. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. São Paulo, v.11, n.4, p.640-52, dez. 2008.
11. CONSTATINO, E. P. Percursos da pesquisa qualitativa em Psicologia. São Paulo: Arte & Ciência, 2016.

