

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Milena Maciel de Carvalho

Apoio psicossocial e promoção da saúde:
Caminhos para uma intervenção integral em contexto de desastre

Rio de Janeiro

2019

Milena Maciel de Carvalho

Apoio psicossocial e promoção da saúde:

Caminhos para uma intervenção integral em contexto de desastre

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

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

Rio de Janeiro

2019

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001 - e do Programa *Bolsa Nota 10*, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Título do estudo em inglês: Psychosocial support and health promotion: ways for a integral intervention in the context of disaster

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C331a Carvalho, Milena Maciel de.
Apoio psicossocial e promoção da saúde: caminhos para uma intervenção integral em contexto de desastre / Milena Maciel de Carvalho. -- 2019.
352 f.

Orientadora: Simone Santos Oliveira.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Sistemas de Apoio Psicossocial. 2. Promoção da Saúde.
3. Desastres. 4. Integralidade em Saúde. 5. Senso de Coerência.
6. Resiliência Psicológica. 7. Análise de Dados. 8. Entrevistas como Assunto. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Milena Maciel de Carvalho

Apoio psicossocial e promoção da saúde:

Caminhos para uma intervenção integral em contexto de desastre

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública.

Aprovada em: 19 de agosto de 2019.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexandre Barbosa de Oliveira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª. Ticiane Paiva de Vasconcelos
Centro Universitário Salesiano de São Paulo

Prof.^a Dr.^a. Luciana Bicalho Cavanellas
Fundação Oswaldo Cruz – Coordenação de Saúde do Trabalhador

Prof^ª. Dr.^a. Lilian Miranda
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof^ª. Dr.^a. Simone Santos Oliveira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2019

Esta tese é dedicada àquele que não conheci, mas que trago na minha alma e na herança genética com orgulho, carregando o prazer comum pela escrita: meu tio-tataravô, o poeta Castro Alves.

AGRADECIMENTOS

À inesquecível turma de doutorado em Saúde Pública 2015/2, da qual tive o privilégio de fazer parte. Com seu espírito solidário, diversidade e marcante personalidade e inteligência, cada pessoa mostrou seu valoroso lugar nesse grupo. Obrigada por tudo, doutores!

À Simone Oliveira, pelas orientações, aprendizados e pelo caminhar ao longo desses anos.

Ao grupo de pesquisa sobre desastres.

Ao professor Luiz Carlos Fadel, pelo afeto e incentivo ao meu retorno à área acadêmica.

Ao Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), pelos ensinamentos e exemplos desde a iniciação científica.

À CAPES e à FAPERJ, pelo financiamento do estudo.

À Simone Dib, pela atenção e generosidade nas orientações para normatização da tese.

Aos entrevistados do estudo, pelo tempo despendido e aprimoramento do debate.

À Fátima Cavalcante, eterna mentora. Responsável direta por minha trajetória acadêmica.

À minha amiga-irmã Rejane Rocha Valdene, pela sintonia de ideias, planos e pensamentos, pelos conselhos, compartilhamento de sonhos e presença forte mesmo quando estamos afastadas pelas fronteiras geográficas.

Aos meus amigos, pelas palavras de incentivo e parcerias.

À minha família, que ao meu lado, me ajudaram a construir o que sou hoje. Em especial à minha mãe Myrian, pelo amor incondicional e parceria nas leituras e à minha avó Myrian Baptista, pelo acolhimento, amor e orações.

Ao meu marido Robson. Meu amor, parceiro de todas as horas e grande incentivador.

À força do movimento, que não me fez parar mesmo numa situação de adoecimento.

À Deus, meu refúgio e fonte de criação.

RESUMO

Trata-se de um estudo acerca do apoio psicossocial em situações de desastre, com enfoque na promoção da saúde e na importância da integralidade das ações. Para isso, foram escolhidos alguns conceitos chave para subsidiar as discussões e que parecem dialogar diretamente com a tríade: desastres - apoio psicossocial - promoção da saúde. As perspectivas do cuidado integral, da resiliência e da salutogênese são trazidas neste estudo como referenciais teóricos, associadas à concepção vitalista de saúde de Georges Canguilhem. A pesquisa, de natureza qualitativa e com abordagem descritivo-interpretativa, analisou as ações e demandas psicossociais em desastres, em especial as de dois eventos emblemáticos ocorridos no Brasil (enchentes na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e rompimento da barragem em Mariana, Minas Gerais, em 2015). Foram analisadas as demandas psicossociais nas dimensões individual, coletiva e institucional, identificando fatores facilitadores e obstáculos para que ações efetivas ocorram nessas conjunturas. Como recurso metodológico, optou-se em fazer uso de pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas com profissionais chave da área da saúde. Quando optamos por abordar os desdobramentos dessas ações ditas psicossociais no contexto de desastre, avaliando o que de fato se traduz como fator facilitador e o que se coloca como entrave ao apoio efetivo, situamos como pano de fundo a promoção da saúde das populações afetadas, através de medidas que favoreçam a resiliência e o bem-estar desses indivíduos em diversos níveis, a partir da consciência dos mesmos de que esse bem estar não está atrelado a ausência de conflito. Os resultados evidenciam a necessidade da criação de estratégias de organização e sistematização de ações no âmbito da saúde nos desastres tecnológicos no país. Observa-se que a desarticulação e a falta de diretrizes que definam a gerência na prestação do apoio psicossocial nos desastres tecnológicos, onde há um agente privado causador do dano, acabam por trazer indefinições sobre a responsabilização das ações (ente privado ou o setor público). Tal condição exige um esforço de profissionais e gestores em um cenário que já traz inúmeras demandas. Nos desastres em geral, socioambientais ou tecnológicos, observa-se que a fase de recuperação tem tido pouco foco pelas políticas públicas brasileiras, estando as ações em grande parte dos eventos, concentradas na fase da resposta. Nos casos em que há estratégias voltadas para a recuperação, nota-se que são construídas pelos profissionais no próprio processo, e não por políticas e diretrizes específicas.

Palavras-chave: Apoio psicossocial. Promoção da Saúde. Desastres. Integralidade. Salutogênese.

ABSTRACT

This is a study about psychosocial support in disaster situations, focusing on health promotion and the importance of comprehensive actions. For this, some key concepts were chosen to support the discussions and that seems to dialogue directly with the triad: disasters - psychosocial support - health promotion. The perspectives of integral care, resilience and salutogenesis are brought in this study as theoretical references, associated with Georges Canguilhem's vitalist conception of health. The research, qualitative in nature and with a descriptive-interpretative approach, analyzed the actions and psycho-social demands in disasters, especially those of two emblematic events that occurred in Brazil (the floods in the Rio de Janeiro Mountain Region in 2011 and the disruption of the dam in Mariana, Minas Gerais, in 2015). Psychosocial demands were analyzed within the individual, collective and institutional dimensions, identifying facilitating factors and obstacles for effective actions to occur at these junctures. As a methodological resource, we chose to make use of bibliographic research, document analysis and interviews with key health professionals. When we chose to address the unfolding of these so-called psychosocial actions in the context of disaster, assessing what actually translates as a facilitating factor and what stands in the way of effective support, we set the health promotion of affected populations as a backdrop through measures that favor the resilience and well-being of these individuals at various levels, based on their awareness that this well-being is not linked to the absence of conflict. The effective support of affected populations, through measures which favor the resilience and well-being of these individuals at various levels, is based on the awareness that this well-being is not linked to the absence of conflict. The results show the need for the creation of strategies for the organization and systematization of health actions in technological disasters in the country. It is observed that the disarticulation and lack of guidelines that define management in providing psychosocial support in technological disasters, where there is a private agent causing the damage, end up causing uncertainty about the accountability of actions (private or public sectors). Such condition requires an effort from professionals and managers in a scenario that already brings countless demands. In general socio-environmental or technological disasters, it is observed that the recovery phase hardly has been in focus for the Brazilian public policies and actions in most events are concentrated to the response phase. Where there are strategies for recovery, it is noted that they are built by professionals during the process itself, and not by specific policies and guidelines.

Keywords: Psychosocial Support. Health Promotion. Disasters. Integrality. Salutogenesis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Principais definições de desastre nas perspectivas sociológica e psicológica	29
Quadro 2	Desastres associados a eventos climáticos com maior número de registros no Brasil entre 1995 e 2014 (por região)	35
Figura 1	Representação do Continuum Ease/Dis-ease	54
Quadro 3	Publicações das principais organizações mundiais de saúde e assistência humanitária sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências e desastres	93
Quadro 4	Aspectos importantes para se alcançar um apoio psicossocial efetivo	222
Quadro 5	Síntese dos aspectos levantados nas entrevistas sobre como promover saúde aos afetados/atingidos por desastre	252
Quadro 6	Fatores protetores para que os afetados/atingidos por desastre não adoçam	266
Quadro 7	Facilitadores e obstáculos para a chegada de ações psicossociais nas três dimensões (individual, comunitária e institucional)	293
Quadro 8	Proposta de diretriz ra o apoio psicossocial em desastres	308

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	<i>Adversity-Activated Development</i>
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
ACS	Agente comunitário de saúde
AVADAN	Avaliação de Danos
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEFET	Centro Federal de Educação Tecnológica
CEMADEN	Centro Nacional de Monitoramento de Desastres Naturais
CENAD	Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres
CEPED	Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres
CEPEDES	Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CICV	Comitê Internacional da Cruz Vermelha
CG/FN-SUS	Comitê Gestor da Força Nacional do SUS
CIF	Comitê Interfederativo
CME	Comitê de Monitoramento de Eventos
COBRADE	Classificação e Codificação Brasileira de Desastres
CONPDEC	Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
CRIA	Centro de Referência da Infância e Adolescência
CVB	Cruz Vermelha Brasileira
CVT	Centro Vocacional Tecnológico
DREF	<i>Disaster Relief Emergency Fund</i>
EIRD	Estratégia Internacional para a Redução de Desastres
ENSP	Escola nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FICV	Federação Internacional da Cruz Vermelha
FIDE	Formulário de Informações do Desastre
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIRC	Federação Internacional das sociedades da Cruz Vermelha e do Cres-

	cente Vermelho
FN-SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GIRD	Gestão Integral de riscos de desastres
GRD	Gestão de riscos de desastres
IASC	<i>Inter-Agency Standing Committee</i> (Comitê Permanente Interagencial)
IDH	Índice de desenvolvimento humano
INMET	Instituto Nacional de Meteorologia
INPE	Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais
ISS	Instituto Saúde e Sustentabilidade
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MAB	Movimento dos Atingidos por Barragens
MAC	Média e Alta complexidade
MHPSS	<i>Mental Health and Pshycosocial Suport</i>
MINUSTAH	A Missão das Nações Unidas para a Estabilização no Haiti
MSF	Médicos sem Fronteiras
NASF	Núcleo de apoio à Saúde da Família
NAVeS	Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOPRED	Notificação Preliminar de Desastre
NUPDECS	Núcleos de Proteção e Defesa Civil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCP	Primeiros Cuidados Psicológicos
PFA	<i>Psychological Fisrt Aid</i>
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNEP-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPDEC	Política Nacional de Proteção e Defesa Civil

PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PRISMMA	Pesquisa sobre a Saúde Mental das Famílias Atingidas pelo Rompimento da Barragem do Fundão em Mariana
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REDE-CIEVS	Rede dos centros de informações estratégicas e resposta em vigilância e saúde
RGR	Recursos generalizados de resistência
RRD	Redução de Risco de Desastres
SADT	Serviço de apoio diagnóstico e terapêutico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCO	Senso de coerência
SINDEC	Sistema Nacional de Defesa Civil
SMAPS	Saúde Mental e Apoio Psicossocial
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCI	Terapia Comunitária Integrativa
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de utilização de dados
TEPT	Tanstorno de estresse pós traumático
TTAC	Termo de Transação e Ajustamento de Conduta
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFOP	Universidade Federal de Ouro Preto
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund)
UNISDR	Estratégia Internacional das Nações Unidas para a Redução de Desastres (<i>United Nations International Strategy for Disaster Reduction</i>)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	CAPÍTULO 1: COMPREENDENDO OS DESASTRES: CONCEITOS, SENTIDOS E CARACTERIZAÇÃO	26
3	CAPÍTULO 2: O CONTEXTO DE DESASTRE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE	36
3.1	<u>A concepção de saúde de Georges Canguilhem</u>	41
3.2	<u>Promoção da saúde</u>	47
3.3	<u>O Modelo Salutogênico de Saúde</u>	52
3.3.1	A saúde como um processo: o “<i>Continuum Ease/Dis-ease</i>”	55
3.3.2	Promoção da saúde no modelo salutogênico	59
3.4	<u>Resiliência</u>	66
3.5	<u>Cuidado integral</u>	
4	CAPÍTULO 3: AS AÇÕES DE RESPOSTA DO SETOR SAÚDE FRENTE AOS IMPACTOS DOS DESASTRES	70
4.1	<u>Níveis de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento aos desastres</u>	76
4.2	<u>A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)</u>	78
4.3	<u>Gestão integral de riscos e desastres (GIRD)</u>	81
5	CAPÍTULO 4: APOIO PSICOSSOCIAL EM DESASTRES	86
5.1	<u>Os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP)</u>	87
6	CAPÍTULO 5: METODOLOGIA	98
6.1	<u>Pesquisa bibliográfica</u>	98
6.2	<u>Análise documental</u>	99
6.3	<u>Entrevistas</u>	100
6.4	<u>Análise dos dados</u>	104
6.5	<u>Aspectos éticos</u>	105
7	CAPÍTULO 6: RESULTADOS	107
7.1	<u>Percepções, práticas e lições aprendidas: buscando caminhos a partir da atuação de profissionais de saúde em dois desastres ocorridos no Brasil – Enchentes e deslizamentos de terra na Região Serrana do Rio</u>	

	<u>de Janeiro em 2011 e rompimento da barragem de Fundão em Mariana, Minas Gerais, em 2015</u>	108
7.1.1	Caso 1: Enchentes e deslizamentos na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011	108
7.1.2	Caso 2: Rompimento da barragem do Fundão, da mineradora Samarco, no município de Mariana, Minas Gerais, em 2015	134
7.2	<u>Percepções, práticas e lições aprendidas: buscando caminhos a partir da experiência de profissionais de saúde de organizações de ajuda humanitária</u>	179
7.2.1	MOVIMENTO INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO	179
7.2.2	MÉDICOS SEM FRONTEIRAS	201
7.3	<u>Análise das categorias centrais do estudo</u>	209
	1. Compreensão de desastre	209
	2. Compreensão e abrangência do termo <i>apoio psicossocial</i>	214
	3. Ações práticas de apoio psicossocial e resultados observados	229
	4. Principais demandas dos afetados/atingidos por desastre observadas ao longo da atuação profissional na área	235
	5. Como é possível promover saúde aos afetados/atingidos por desastre	252
	6. Caracterização de cuidado integral	270
	7. Atuação do setor saúde aos afetados/atingidos por desastre no Brasil	272
	8. Facilitadores e obstáculos para a chegada de ações psicossociais nas dimensões individual, comunitária e institucional	279
	9. Lições aprendidas	297
	10. Recomendações para o aprimoramento do campo	302
7.4	<u>Proposta de intervenção no apoio psicossocial em desastres: diretrizes a partir da análise geral do estudo</u>	306
8	CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS	311
	REFERÊNCIAS	317
	APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Dirigida à profissionais de Saúde do município de Mariana e dos municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro afetados pelas enchentes e desmoronamentos em 2011)	341

APÊNDICE B: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (Dirigida à profissionais de Saúde da assistência humanitária)	343
ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - (Dirigido à profissionais da área de saúde dos municípios de Mariana/MG e da Região Serrana do Rio de Janeiro afetados pelas enchentes e desmoronamentos em 2011)	345
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - (Dirigido à profissionais de Saúde da assistência humanitária)	349

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos quinze anos a população brasileira tem acompanhado a ocorrência de grandes desastres socioambientais em seu território, um deles considerado o de maior impacto ambiental, social e econômico na história do país – o rompimento da barragem da mineradora Samarco – controlada pela empresa brasileira Vale S.A e a anglo australiana BHP Billiton - no ano de 2015, no município de Mariana, Minas Gerais. Além dele, cita-se como evento emblemático no âmbito dos desastres no Brasil e que também é considerada uma das maiores tragédias socioambientais do país, os deslizamentos de terra e enchentes na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, em janeiro de 2011. Este último, por sua magnitude e extensão, situa-se no contexto brasileiro como um marco no sentido de avanços nas regulamentações e diretrizes no planejamento e na resposta aos desastres.

Destacamos o rompimento da barragem da mina Córrego do Feijão, no município de Brumadinho, em Minas Gerais, também controlada pela Vale S.A. O rompimento, ocorrido em janeiro de 2019, pouco mais de três anos após o da barragem do Fundão, além de ter provocado um impacto socioambiental sem proporções, matou mais de 200 pessoas.

Esses e outros eventos calamitosos, não só no âmbito ambiental, têm propiciado o crescimento de estudos sobre o processo de intervenção em situações de desastre e emergência no Brasil e no mundo, possibilitando a otimização de práticas e reconhecendo a importância dos diversos setores sociais, campos disciplinares e da comunidade no planejamento de ações nessas conjunturas. Partindo de uma concepção ampliada de intervenção, que considera a atuação dos diversos setores sociais operando em conjunto, entendemos que as intervenções de apoio psicossocial em situações de desastre figuram como uma estratégia fundamental.

De acordo com o “Guia de Apoio Psicossocial de base comunitária em emergências”, da ACT Alliance (sem data), o termo *psicossocial* evidencia a relação estreita entre os efeitos psicológicos e sociais em uma emergência. Os psicológicos referem-se às experiências que afetam as emoções, comportamento, pensamentos, memória e aprendizado, assim como a situação é percebida e entendida. Os efeitos sociais evidenciam como a experiência de uma emergência altera as relações entre as pessoas. Emergências podem criar uma vasta gama de problemas a níveis individual, familiar,

comunitário e social. A cada nível as emergências desgastam as estruturas normais de apoio, aumentam o risco de vários problemas e tendem a ampliar questões pré-existentes de justiça social e desigualdade.

Também tomamos como forma de entendimento do que vem a ser o *apoio psicossocial* a explicação apresentada em dois documentos internacionais fundamentais, documentos estes que estabelecem princípios para intervenção psicossocial em desastres e emergências: o Guia com orientações do IASC¹ sobre saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência (2007) e o Guia da Organização Pan-americana de Saúde sobre apoio psicossocial em emergências e desastres (OPAS, 2010).

A expressão traduzida para o português utilizada nesses documentos é SMAPS (Saúde Mental e Apoio Psicossocial) e refere-se a qualquer tipo de ação local ou externa ,cujo propósito seja proteger e/ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou oferecer tratamento a transtornos de conduta. (idem, 2010). Em ambos, a saúde mental é considerada em conjunto com outras práticas psicossociais, de forma especializada e estratégica. Ela aparece como um dos eixos de ação e não como campo exclusivo de prestação de apoio nesses contextos.

Chamamos a atenção para esse aspecto, pois ele é o cerne das discussões que serão apresentadas neste estudo. Nossa compreensão é a de que o apoio psicossocial, de uma forma geral, deve extrapolar a ideia de algo restrito à saúde mental, traumas e suporte social imediato, constituindo-se como uma intervenção em rede, contínua e com atuação conjunta de diversos atores e setores sociais.

De acordo com esses documentos, os dois conceitos - saúde mental e apoio psicossocial - estão estritamente relacionados e alguns estudiosos analisam como complementares. Explicam que, de uma forma geral, organizações do setor saúde tendem a falar de saúde mental, “*reabilitação psicossocial*” ou “*tratamento psicossocial*” para se referir à intervenções não biológicas para aqueles que sofrem de transtornos mentais nesses contextos (IASC, 2007). Esses documentos são norteadores para intervenções psicossociais em catástrofes, estabelecendo e concentrando um conjunto de

¹ IASC: “O Comité Permanente Interagências (IASC) foi criado em 1992 em resposta à Resolução 46/182 da Assembleia Geral da ONU, que apelava a uma maior coordenação da ajuda humanitária. A resolução instituiu o IASC como principal mecanismo de facilitação dos processos de decisão interagências para responder a situações de emergência e catástrofes naturais complexas. O IASC é constituído pelas chefias de múltiplas organizações humanitárias, no âmbito da ONU e fora deste”. (Fonte: Orientações sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Situações de Emergência – versão traduzida para o português, 2015).

respostas multisetoriais para proteger e favorecer a saúde mental e o bem-estar psicossocial de pessoas afetadas por situações de catástrofe (idem, 2007).

Segundo informações do site da Cruz Vermelha Portuguesa, o apoio psicossocial é parte integrante das respostas de emergência da Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV), ajudando os indivíduos e a comunidade a “*tratarem feridas psicológicas e a reconstruir estruturas sociais depois de uma emergência ou evento crítico*”. Também possibilitam a sobrevivência dos afetados, fazendo com que muitas vítimas passivas, se tornem sobreviventes ativos, como informa o site. Eles explicam que quando esse tipo de intervenção ocorre de forma precoce e adequadamente, pode evitar o desenvolvimento da angústia e sofrimento em algo mais grave; ajudar as pessoas a reconciliarem-se com a vida cotidiana; ajudar os beneficiários a retomar a sua vida normal; atender às necessidades identificadas na comunidade. O apoio psicossocial pode ser adaptado às circunstâncias específicas para responder às necessidades psicológicas e físicas das pessoas em causa, ajudando-as a aceitar a situação e aprender a lidar com ela (Site da Cruz Vermelha Portuguesa: <https://www.cruzvermelha.pt>).

É importante esclarecer o que estamos chamando de apoio psicossocial no contexto de desastres neste estudo e quais as esferas de atuação que estão sendo consideradas ao se utilizar esse termo.

Adotou-se nesta investigação a concepção de *apoio psicossocial* que compreende as dimensões física, psíquica, social, material, espiritual e simbólica das populações, apesar de não identificarmos um consenso sobre o significado do domínio *psicossocial*, evidenciando uma imprecisão em relação ao seu significado e abrangência. Em uma revisão realizada por Paiva (2013), a autora observa que dimensões como emoções, sentimentos, dinâmicas relacionais, resistência e resiliência, cenas, contextos e discursos extraídos de narrativas de pessoas ou analisados com base em documentos, são definidas em diversos documentos científicos como da ordem psicossocial. Segundo ela, mesmo sem uma definição mais detalhada sobre o termo psicossocial, cada vez mais se tem considerado o plano simbólico e cultural como algo mais ilustrativo da dimensão psicossocial e as definições têm relacionado o termo *psicossocial* a formas dos indivíduos enxergarem o mundo (formas de produção de sentidos nas interações sociais, interpessoais e institucionais). (PAIVA, 2013).

A dimensão simbólica, por exemplo, é considerada neste estudo porque com-

preende o sentido, interpretação e simbolismo que cada ser humano dá para os eventos, pessoas e objetos, a partir de relações particulares. A compreensão dessa particularidade de significados é fundamental para se atuar nessas conjunturas e está associada ao respeito à vivência de cada pessoa afetada e às formas mais adequadas de apoio.

A proposta do presente estudo é justamente analisar as ações de apoio psicossocial em situações de desastre, tendo como pano de fundo a importância da abrangência da perspectiva psicossocial para a integralidade do suporte aos afetados e, conseqüentemente, para a saúde dos mesmos.

Ao investigarmos a temática dos desastres, precisamos estar atentos para não cairmos em reducionismos ou nos utilizarmos de apreensões simplistas. Trata-se de uma temática complexa e multicêntrica. É importante que tenhamos um olhar ampliado, que considere cada fase da situação calamitosa em conexão umas com as outras. Mas o que isso quer dizer? Que ao focalizarmos uma análise para questões relativas aos momentos após a ocorrência efetiva de um desastre, por exemplo, esse período não apresenta um fim em si mesmo. Quando fazemos referência ao período pós desastre, não estamos considerando que o evento já teve seu fim. Pelo contrário. Os impactos decorrentes de um evento trágico reverberam em diversos níveis e contextos (social, familiar, comunitário, simbólico, emocional, espiritual), por períodos que não se pode ter a pretensão de determinar.

Nos parece pertinente frisar dois aspectos mencionados e que retratam a visão adotada neste estudo acerca dos desastres e seus elementos constitutivos. Um relativo ao que entendemos por *impactos* decorrentes de um evento calamitoso e outro referente ao termo *pós desastre*. Quando fazemos referência neste estudo aos impactos de um desastre, tomamos como compreensão central a perspectiva de que os mesmos são relativos não apenas à gravidade do evento em si, mas também aos elementos que compõem o cenário onde o evento ocorreu – o contexto sócio-político-econômico-ambiental. Isso significa que questões como as vulnerabilidades do meio atingido, por exemplo, estão sendo consideradas aqui como indispensáveis no entendimento acerca dos impactos dos desastres na coletividade. Compreender em que contextos os desastres ocorrem e as vulnerabilidades prévias desses contextos é um dos pontos que, para nós, dão sustentação a este estudo.

Essa perspectiva se coaduna com a visão da Organização das Nações Unidas.

A ONU afirma em um relatório apresentado na abertura da 66ª sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas, em setembro de 2011, que "*não pode haver dúvida alguma de que a redução da vulnerabilidade aos riscos é infinitamente preferível à luta contra o sofrimento humano e as consequências econômicas das crises*". (ONU, 2011, apud MENDES & TAVARES, 2011, p.5)

Também o CEPED (Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres), da Universidade Federal de Santa Catarina, explica em seu rico material sobre Mobilização Comunitária em Desastres, que os desastres:

(...) não são apenas o resultado inevitável de ameaças naturais como terremotos, furacões e vendavais. Os desastres estão relacionados à vulnerabilidade das pessoas, vulnerabilidade construída ao longo de anos. Precisamos abordar essas vulnerabilidades e identificar como as condições socioeconômicas influenciam na capacidade das comunidades para enfrentar esses eventos". (CEPED-UFSC, 2015, p.36).

Ainda de acordo com o material, "*responder aos desastres não é suficiente. É preciso investir na educação e na participação para fazer com que as comunidades compreendam os riscos e as suas relações; adquiriram conhecimentos e recursos necessários para enfrentar os desastres*". (idem, p.36).

Segundo essa lógica, outro aspecto fundamental a ser considerado neste estudo e que se relaciona com o sentido social dos desastres, diz respeito à sua naturalização e tendência a desvinculação dos mesmos com problemas antecedentes ao evento climático que o potencializou. Souza (2015) assinala que, para além da importância das informações técnicas sobre as áreas de risco no contexto de um desastre, questiona-se a focalização apenas nos riscos. Segundo a autora, pouca atenção é dada às questões sociais e econômicas - reflexos da desigualdade em que são tratados os casos – e não há uma discussão multidisciplinar em que os diversos setores e áreas disciplinares dialoguem. Nas palavras da autora:

Quando um desastre natural ocorre, a interpretação mais comum – na maior parte das vezes, veiculada pelos meios de comunicação de massa – tende a focar em alarmantes revelações sobre os efeitos das mudanças climáticas no planeta, o impacto gerado pelos processos geográficos e biológicos, etc. (...) Percebemos, assim, segmentos com seus campos de saberes isolados, de acordo com o referencial ou enfoque da sua área específica, discutindo sobre o tema dos desastres ambientais, sem a devida consideração sobre a correlação existente entre os mesmos. Esta visão, ainda fragmentada, sobre a questão dos desastres faz-se presente à medida que a área técnica não dialoga com a socioambiental, que por sua vez não dialoga com a psicossocial e vice-versa, não sendo consideradas em correlação" (SOUZA, 2015, p.20).

Importante ficar claro que optamos por não utilizar o termo *pós-desastre* neste estudo para nos referirmos a fase que sucede o dia do evento em si. Estamos considerando que uma infinidade de fatores ainda estará impactando e sendo impactada nos períodos subsequentes ao dia do evento propriamente dito. A pesquisadora Norma Valêncio (2016) comenta de forma precisa tal entendimento, ao afirmar que “*para a defesa civil, a abrangência espacial de um desastre é representada como “cenário” para o seu “teatro de operações”. Mas, como processo, um desastre expande consideravelmente o espaço envolvido*” (VALÊNCIO, 2016, p.43). Dessa forma, elegemos o termo *pós evento ou pós impacto* como os que melhor exprimem essa fase e faremos uso do termo *pós-desastre* apenas nos casos em que este estiver sendo usado por outros interlocutores.

Todas as fases sofrem atravessamentos, seja dos antecedentes ao dia que marcou o evento calamitoso, da conjuntura dos locais de ocorrência (direta e indireta), do nível de vulnerabilidade social dos envolvidos, etc. Valencio (2016) ainda comenta, fazendo referência a Sorokin, que há duas demarcações temporais de um desastre que são disseminadas pelo meio técnico de defesa civil e pelo pensamento dominante do campo científico:

Uma, associada à manifestação do evento visto como “perigo” e outra, associada aos ditames burocráticos das providências emergenciais. Tudo o mais que venha ocorrer é denominado como “pós-desastre”. Esses tempos “se descolam por completo do tempo do sofrimento social dos grupos afetados; para estes, as cronologias das privações antecedentes e posteriores também contam. E há outros tempos subjetivos e objetivos longos implicados na situação de sofrimento, vinculados à perda de objetos de memória e de identidade social” (VALENCIO, 2016 p.43).

No levantamento bibliográfico para a construção deste estudo, observamos que grande parte da literatura aborda prioritariamente a atuação na saúde mental como prática de atenção psicossocial. De modo geral, essas atuações estão relacionadas à problemas de ordem psicopatológica e ao trauma, ou seja, inerentes aos campos da Psicologia e da Psiquiatria. No processo de busca, usando o operador booleano *and*, tanto a intercessão entre os descritores “desastres” e “apoio psicossocial” quanto “desastres” e “impacto psicossocial” indicaram esse direcionamento para estudos sobre o trauma e a assistência psicológica aos afetados por desastre (EVERLY et al., 2012; HORWITZ and WAKEFIELD, 2011; CASTANHO GARCÍA et al., 2016; LOWE and RHODES, 2013).

Tal enfoque nos parece limitado quanto ao que deva ser, de fato, um apoio psi-

cossocial. O intuito deste estudo é trazer essa discussão da amplitude e importância dessas ações de cunho psicossocial, identificando quais delas têm se mostrado efetivas nesse cenário. Este tema tem ganhado especial atenção nos debates atuais da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/OMS), por conta do potencial risco de danos psicossociais das populações expostas às condições de vulnerabilidade em decorrência de desastres nos últimos anos no Brasil. As discussões voltam-se para o estabelecimento de propostas para nortear as três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (Federal, Estadual e Municipal) no que diz respeito a planos de preparação e resposta em desastres, considerando a atenção psicossocial e a saúde mental nesses eventos extremos. Pensar na reconstrução no contexto de desastre implica reconhecer aspectos fundamentais para o restabelecimento integral dos afetados, indo além do restabelecimento sanitário, energético e da reconstrução de edificações. Deve superar essas questões e operar sobretudo nos níveis material, emocional, social e simbólico.

Este estudo é parte integrante de uma pesquisa mais abrangente sobre desastres, iniciada em 2014 sob a coordenação da pesquisadora Simone Oliveira, que também é orientadora do presente estudo. A pesquisa, intitulada “*Atenção psicossocial e as intervenções estratégicas geradas em contextos de pós-desastre: a experiência das cidades serranas do Estado do Rio de Janeiro*” teve como objetivo investigar como se dá a atenção psicossocial em situações de pós-desastre. O estudo teve como campo empírico a Região Serrana do Rio de Janeiro, que sofreu fortes chuvas e desmoronamentos no ano de 2011. Os desdobramentos dessa pesquisa suscitaram novas questões de investigação. Apesar de minha inserção ter se iniciado após o trabalho de campo e levantamento de dados, está sendo possível minha participação nos grupos de discussão e na produção científica. Ressaltamos que este estudo é considerado por nós como parte integrante da pesquisa maior pelo fato de as discussões incidirem sobre o mesmo tema, contudo não caracteriza um subprojeto.

Somada à minha participação no grupo de pesquisa sobre desastres, tive a oportunidade de atuar entre os anos de 2011 e 2014 como tenente psicóloga do Exército Brasileiro. Uma das atividades nas quais trabalhei nesse período foi a de seleção psicológica, acompanhamento e desmobilização de militares vinculados à MINUSTAH - missão de paz da ONU (Organização das Nações Unidas) responsável pela estabilização do Haiti, tendo possibilitado minha ida ao país no ano de 2013. Esse

trabalho de ajuda com tropas de diversos países se intensificou após o terremoto ocorrido no Haiti em 2010. O país é considerado pela ONU como o que apresenta o maior número de mortos por catástrofes na história, tendo passado por terremotos, secas e furacões de grandes proporções, especialmente nos últimos dez anos. Além disso, há uma relação direta entre esses eventos e a pobreza. Portanto, minha inserção nesse trabalho como psicóloga do Exército Brasileiro e o serviço prestado à ONU me aproximaram da temática dos desastres e emergências, tendo sido possível, inclusive, uma atuação direta com a população haitiana para entrega de água, alimentos e outros recursos importantes de subsistência.

Essa aproximação ao tema dos desastres nos últimos anos, incluindo também a experiência entre os anos de 2009 e 2011 como tutora do curso “*Impactos da violência na saúde*”, da Fundação Osvaldo Cruz, congregada à minha participação em pesquisas na área de violência, saúde e direitos humanos, suscitou reflexões e o interesse em estudar mais a fundo essas questões, especialmente no tocante à atenção psicossocial oferecida às populações nesse contexto.

A presente proposta de pesquisa busca superar uma visão limitada do que vem a ser o apoio psicossocial, a partir da compreensão de uma atuação que considere diversas dimensões, de forma abrangente e com uma temporalidade não pontual, mas extensa, contínua. Observa-se na literatura sobre o tema que muitas ações ditas de caráter psicossocial são genéricas e acabam por não atingir a integralidade² necessária nessas conjunturas.

Quanto à temporalidade a que nos referimos, o estudo está pautado sob a ótica das fases do desastre descritas na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil: prevenção, preparação, mitigação, resposta e recuperação. (BRASIL, 2012a).

Alegamos também como justificativa para a realização e importância deste estudo o aprimoramento das discussões apresentadas na dissertação de mestrado de Lucia Benevides (2015), acerca da atenção psicossocial e intervenções geradas em contextos de desastre. Lucia foi integrante do grupo de estudos sobre desastres, já referenciado neste projeto. Não se trata de uma continuidade desse estudo, mas de uma ampliação da temática pesquisada nessa dissertação com novas contribuições.

² O termo *integralidade* está sendo utilizado neste estudo a partir das discussões sobre o *cuidado integral* - extrapolando a ideia de um corpo puramente biológico - e associado a *resiliência*, tanto no seu nível individual como coletivo. Trata-se de uma visão que inclui a perspectiva do cuidado e da promoção da saúde em sua dimensão mais global. Este aspecto é apresentado na página 66 desta tese.

A autora focaliza em seu estudo a experiência de profissionais em Teresópolis, Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, em virtude do desastre ocorrido nessa localidade em janeiro de 2011. Por se tratar de uma dissertação de mestrado, cujo período para realização é mais conciso, o estudo acabou sendo mais sintético e focalizado, não comportando eixos de análise importantes para uma compreensão global acerca da intervenção psicossocial em desastres. Nesse sentido, destacamos a originalidade de nosso estudo quando se propõe a ampliar o escopo da investigação, contribuindo com aspectos mais globais da intervenção psicossocial em desastres. Entendemos como eixos de análise a serem incluídos e explorados nesse debate, os fatores facilitadores e os obstáculos para ações efetivas de atenção psicossocial em desastres a partir de diferentes dimensões: individual, comunitária e institucional. Esse debate, somado à perspectiva salutogênica de saúde, que prioriza os fatores protetores aos fatores de risco para compreender a saúde, dão potência à originalidade e relevância deste estudo.

A apreciação desses aspectos propiciará um rico panorama acerca das práticas de apoio psicossocial em desastres, a partir da experiência de profissionais de saúde de dois municípios brasileiros e de profissionais de saúde de duas organizações humanitárias, mostrando os entraves para ações efetivas nessas três dimensões e o que tem facilitado a ocorrência das mesmas.

Ainda como contribuições deste estudo, entendemos que o debate que propomos é relevante e atual no campo da saúde coletiva. A observância e importância dos aspectos psicossociais em eventos extremos está vinculada, dentre outras coisas, aos efeitos dos desastres na saúde das coletividades. Esse aspecto associa-se, como se observa nas principais bases científicas indexadas, ao âmbito da reconstrução, que abrange a recuperação e reabilitação.

Considerando o cenário global atual sobre a ocorrência de desastres (gravidade, extensão, magnitude e frequência), estima-se que esses tipos de eventos sejam ainda mais frequentes no decorrer dos anos, haja vista o aumento da pobreza e das desigualdades sociais, da densidade populacional nos centros urbanos e das guerras (Relatório Mundial de Desastres, 2015: <http://www.cruzvermelha.pt>). Portanto, estudos que visem o aprofundamento dessas questões com o intuito de otimizar práticas de planejamento e resposta aos desastres, são primordiais. De igual forma, destacamos a importância deste estudo para a identificação e sistematização de aspectos fundamentais na

intervenção psicossocial em desastres. De acordo com Kohn (2005), para que sejam oferecidas respostas apropriadas frente aos desastres, um dos elementos necessários é reconhecer a profundidade dos múltiplos efeitos psicológicos a que experimentam as vítimas. No entanto, há outros aspectos tão importantes quanto a saúde mental, que devem ser considerados nesse contexto, como já destacamos.

Diante dessa conjuntura, o estudo pretende responder alguns questionamentos: No contexto de desastre, como é preconizada a atenção psicossocial nos principais documentos normativos e apontada nos estudos científicos? Quais os principais documentos normativos adotados nesses contextos? Como vêm se desenvolvendo os conceitos de desastre e apoio psicossocial nas organizações de assistência humanitária e nos principais órgãos de assistência e saúde? Que abordagens e ações têm se mostrado adequadas nesses cenários? Quais os fatores facilitadores e os obstáculos para ações efetivas de apoio psicossocial nesses contextos? Como se configuram esses fatores nos níveis individual, comunitário e institucional?

Partimos da hipótese de que as práticas de apoio psicossocial se concentram no suporte psicológico às vítimas e no suporte social imediato. Observam-se ações desarticuladas e concentradas prioritariamente no âmbito da saúde mental. Busca-se superar essa visão limitada do que venha a ser o apoio psicossocial, a partir da compreensão de uma atuação que considere diversas dimensões, de forma abrangente e com uma temporalidade não pontual, mas extensa e contínua.

O estudo tem como **objetivo geral** analisar ações e necessidades de apoio psicossocial em desastres, com enfoque na perspectiva da integralidade e na promoção da saúde. Já os **objetivos secundários**, são: (1) identificar documentos normativos, legislações e protocolos sobre apoio psicossocial em situações de desastre dos principais órgãos e instituições nacionais e internacionais da assistência humanitária e saúde; (2) identificar e analisar as ações de apoio psicossocial em dois eventos emblemáticos ocorridos no Brasil nos últimos anos: as enchentes na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e o rompimento da barragem da mineradora Samarco, em Minas Gerais, em 2015; e (3) identificar fatores facilitadores e obstáculos para ações efetivas de apoio psicossocial em três dimensões: individual, comunitária e institucional.

A tese está estruturada em sete capítulos, organizados da seguinte forma:

O **capítulo 1**, “*Compreendendo os desastres: conceitos, sentidos e caracterização*”, apresenta alguns conceitos e classificações de desastre e destaca a concepção social do mesmo, construído a partir de sistemas normativos e relacionados à uma ordem social. Traz uma discussão sobre o uso do termo *natural* utilizado nos desastres relacionados a eventos climáticos. Essa naturalização leva à desvinculação dos desastres com problemas antecedentes ao evento climático que os potencializou.

O **capítulo 2**, “*O contexto de desastre sob a perspectiva da saúde*”, apresenta o referencial teórico adotado para subsidiar as discussões sobre a tríade desastres-apoio psicossocial-promoção da saúde. Apoiada na perspectiva do processo saúde-doença que ultrapasse a dimensão estritamente biológica, são apresentadas as concepções de saúde de Georges Canguilhem e do Modelo Salutogênico de saúde, de Aron Antonovsky, bem como os conceitos de cuidado integral e de resiliência. Também são apresentadas nesse capítulo, estratégias internacionais de promoção de resiliência individual e comunitária, as políticas públicas de saúde do país sobre promoção da saúde e a perspectiva de clínica ampliada, mostrando a importância de extrapolar o tecnicismo e trabalhar o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas. Traz uma visão menos fatalista e mais positiva do enfrentamento nos desastres. O referencial teórico do cuidado integral expressa a relevância que este estudo dá às diversas dimensões do cuidado e a integralidade das ações de assistência, considerando também as vulnerabilidades a que determinados grupos estão expostos.

O **capítulo 3**, “*As ações de resposta do setor saúde frente aos impactos dos desastres*”, traz um cenário de como o setor saúde tem se organizado no Brasil e em alguns lugares no mundo para responder aos desastres. São apresentados os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), notadamente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É finalizado com um tópico acerca da gestão integral de riscos e desastres (GIRD).

O **capítulo 4**, “*O apoio psicossocial em desastres*”, apresenta algumas definições de apoio psicossocial e termos que expressam esse campo. É apresentada a perspectiva de apoio psicossocial que defendemos neste estudo, relacionada ao bem-estar subjetivo dos sujeitos afetados, a partir da consciência dos mesmos de que esse bem

estar não está atrelado a ausência de conflito. O capítulo focaliza a importância da demarcação dos limites desse campo, mostrando que os serviços especializados em Saúde Mental devem ser ofertados em casos específicos, não representando a intervenção psicossocial em si. Apontamos que quando essa distinção não é feita, corre-se o risco de patologizar os afetados e direcionarmos a atuação para o adoecimento. Também são apresentados nesse capítulo os principais documentos internacionais e nacionais que norteiam as ações psicossociais em contexto de desastre, a legislação brasileira vigente e publicações das principais organizações mundiais de saúde e assistência humanitária sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em emergências e desastres.

O **capítulo 5**, “*Metodologia*”, apresenta a natureza do estudo e as escolhas metodológicas para a condução do mesmo, descrevendo os processos de pesquisa bibliográfica, entrevistas e análise de dados. Também são apresentados aspectos éticos que respaldam o estudo.

O **capítulo 6**, “*Resultados*”, é dividido em quatro etapas. A primeira traz uma análise a partir da narrativa dos profissionais de saúde dos municípios de Nova Friburgo/RJ e de Mariana/MG, apresentando suas percepções, práticas e lições aprendidas. São descritos e aprofundados dois eventos extremos analisados neste estudo: as enchentes e deslizamentos de terra na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e o rompimento da barragem de Fundão, em Mariana/MG, no ano de 2015. A segunda etapa compreende uma apreciação das entrevistas dos profissionais de saúde das duas organizações de assistência humanitária participantes deste estudo: Cruz Vermelha e Médicos sem Fronteiras. A terceira etapa, apresenta uma análise das categorias centrais do estudo exploradas nas entrevistas. Nela, são apresentados apontamentos gerais acerca da atuação desses dois grupos de profissionais e sua interface com a promoção da saúde e integralidade do cuidado, trazendo um panorama da atuação nos desastres em diálogo com a literatura nacional e internacional. As discussões são apresentadas a partir de dez categorias de análise. A quarta e última etapa, traz uma proposta de intervenção no apoio psicossocial em desastres. São apresentadas diretrizes a partir da análise geral do estudo.

O **capítulo 7**, “*Considerações finais*”, exibe um resumo das principais questões abordadas, os aspectos mais relevantes do estudo, as limitações verificadas no decorrer do mesmo e sugestões de pesquisas futuras que cubram os limites de recorte

e temporal desta investigação.

2 CAPÍTULO 1: COMPREENDENDO OS DESASTRES: CONCEITOS, SENTIDOS E CARACTERIZAÇÃO

“Desastre, em essência, é um problema atinente ao meio social. Uma pergunta central seria: “qual o processo social que o desencadeou?”. Se acaso a pergunta central for outra, dirigida à “natureza em fúria”, isso inviabiliza que os grupos afetados tenham recursos de voz”. (VALENCIO, 2016, p.41)

A passagem acima, trazida por Norma Valencio em seu artigo *“Elementos constitutivos de um desastre catastrófico: os problemas científicos por detrás dos contextos críticos”*, de 2016, é uma boa maneira de iniciar uma apresentação ao leitor sobre o que venha a ser um *desastre*. Nela, a autora já marca o caráter essencialmente social do mesmo. E essa talvez seja a base para uma compreensão legítima sobre esse tipo de evento extremo.

Foi a partir da década de 1970 que as discussões acerca dos desastres começaram a ganhar compreensões que levavam em conta as relações sociais e problematizações sobre a natureza dos mesmos. Isso se deu justamente porque os desastres passaram a ser analisados também pelas Ciências Sociais. Até então, desde o início do século XX, os estudos científicos traziam uma concepção dos desastres como eventos oriundos da natureza, ou seja, “naturais”, sem levar em conta de forma determinante o ponto de vista social e sua influência nesses eventos. A interação entre uma ameaça natural e uma determinada organização social poderia resultar ou não em um desastre, a depender da compreensão que aquela coletividade tem do fato ocorrido, gerador de danos ambientais, materiais e humanos num determinado tempo e lugar (MARCHEZINI, 2014, p.175).

No entanto, ainda sob o prisma sociológico, é de certa forma surpreendente observar que a compreensão dos desastres como sendo *“uma situação de estresse coletivo relacionado a um acontecimento físico perturbador”*, esteja sendo aceita por décadas pelo debate sociológico para ilustrar tais acontecimentos. A crença na natureza súbita dos eventos climáticos e de seu furor, em detrimento de uma cultura de prevenção e crítica acerca dos agentes potencializadores de danos, seria uma versão atualizada de um pensamento animista, segundo a autora (VALENCIO, 2016). Ela diz:

Embora os desastres sejam distúrbios graves e multidimensionais na rotina de uma dada coletividade, as explicações em torno dessa situação anormal não deveriam deixar de perscrutar o processo normal que a forjou. Nessa perspectiva, é difícil concordar com a racionalidade científica dominante que difunde que forças naturais “provocam” desastres, pois isso seria como que uma versão atualizada de um pensamento animista, que imputa à natureza uma intencionalidade” (VALENCIO, 2016, p.42).

Dessa forma, para construirmos um entendimento legítimo sobre o que caracteriza um desastre, é imprescindível que façamos uma contínua articulação com os diversos elementos que constituem o acontecimento em si, o meio em que ocorreu, a representação, as influências e os impactos que esses eventos têm sobre aquela determinada coletividade. Por entendermos que um desastre é inevitavelmente um fato social, esses aspectos mencionados devem sempre fazer parte dessa teia de sentidos.

Uma pergunta surge diante desse cenário: Um desastre, por ser produzido socialmente, pode ser considerado natural? A resposta negativa se explica porque o desastre carrega em si o teor social, o que pressupõe o caráter relacional do mesmo. Portanto, construído a partir de sistemas normativos e relacionados à uma ordem social - não podendo ser entendido como natural. O que pode ser considerado natural é o evento primário que o ocasionou.

Apresentamos a seguir definições de desastres que nos ajudam a pensar em alguns desses elementos. Diante da natureza complexa e multidisciplinar de um evento catastrófico, observa-se a pluralidade de significados atribuídos ao termo *desastre*, mas com elementos em comum. Levando em conta a perspectiva psicossocial que norteia este estudo, optamos por apresentar definições de desastre a partir do ponto de vista de teóricos dos campos da Sociologia e da Psicologia, bem como de agências internacionais na área de emergências humanitárias e saúde e órgãos operacionais que atuam em desastres, como a Defesa Civil.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) define desastre como:

Uma alteração de forma súbita de pessoas, de seu meio ambiente ou de seus bens causada por fatores externos de origem natural ou causado pela ação humana e que demanda uma ação imediata por parte das autoridades de saúde, visando à diminuição das consequências do mesmo. Excede à capacidade de resposta e demanda ajuda externa de ordem nacional ou internacional (OPAS, sem data).

Essa definição traz diversos elementos que compõem um desastre. Abarca aspectos acerca da capacidade de resposta frente ao desastre e sobre o agente causa-

dor, além da importância do papel do setor saúde nas ações de resposta. No entanto, também traz aspectos que merecem atenção e cautela, como o caráter súbito. Se formos considerar a seca, por exemplo, ela não apresenta essa característica da imprevisibilidade, mas sim de uma constância na exposição aos riscos.

Para nos ajudar nesse panorama conceitual sobre desastres, trazemos para subsidiar as discussões a revisão conceitual realizada por Favero et.al. (2014), intitulada “*O desastre na perspectiva sociológica e psicológica*”. Os autores identificaram em seu estudo de revisão sobre o conceito de desastre, as concepções gerais sobre desastres a partir das perspectivas sociológica e psicológica, apresentadas por teóricos desses campos até o ano de 2013. Evidenciam que os avanços conceituais sobre desastres se destacam nas décadas de 1960, 1980 e 2000 (FAVERO, 2014).

Como forma de caracterizar o cenário geral, elegeram as definições que traduziam as ideias gerais de cada campo. Nesse sentido, optaram pelas definições de Fritz e Britton no campo da Sociologia e de Quarantelli, McFarlane e Norris, Garcia-Renedo, Gil Beltran e Valero Valero, na perspectiva psicossocial. O artigo revela uma aproximação entre as perspectivas sociológica e psicológica até o ano de 2013, recorte da revisão. Apesar das perspectivas diferentes, ambos destacam a importância de se compreender o contexto sociopolítico e econômico onde o desastre ocorre e suas dimensões psicossociais (FAVERO, 2014). Embora os autores tenham situado Quarantelli na perspectiva psicossocial e no campo da Psicologia, o autor é sociólogo, considerado o pioneiro da Sociologia dos Desastres.

A revisão mostra que, dentro desse escopo temporal, os teóricos da Sociologia, de forma geral, apresentaram definições de desastre como sendo um produto social, expressão da vulnerabilidade humana e social, que geram mudanças nas rotinas e são delimitados no tempo e no espaço. Alguns teóricos falam do caráter súbito, outros já o questionam. Sob o ponto de vista da Psicologia dos Desastres, o nível de análise foi descrito pelos autores da revisão como sendo no nível psicossocial. As definições se concentram no entendimento de que desastres são eventos de crise social, geradores de estresse coletivo, com potencial traumático, em que a demanda por ação excede a capacidade de resposta e gera alto grau e estresse à indivíduos e coletividades. A vulnerabilidade social é mencionada como fator, tanto para o nível de impacto do evento desencadeante como na capacidade de resposta a ele (FAVERO, 2014).

Apresentamos a seguir as cinco definições apresentadas no artigo de Favero et.al (2014), para ilustrar a visão geral desses dois campos:

Autor(es), ano	Nível de análise	Definições
Fritz (1961, p. 312)	Social	<i>“Eventos, observáveis no tempo e espaço, no qual as sociedades ou suas subunidades (comunidades ou regiões) sofrem danos físicos e perdas e/ou rupturas no funcionamento de sua rotina. Ambas, causas e consequências desses eventos estão relacionadas com as estruturas sociais e processos das sociedades ou suas subunidades”.</i>
Britton (1986, p. 254)	Social	<i>“Um produto social como expressão da vulnerabilidade da sociedade humana que depende da interação entre os seres humanos e sua utilização do espaço físico e social”.</i>
Quarantelli (1985, p. 50)	Psicossocial	<i>“Quando, numa ocasião de crise, a demanda por ação excede a capacidade de resposta. A ênfase está no esforço coletivo para dar conta da crise particular por meio da restauração das capacidades ao nível das demandas”.</i>
McFarlane e Norris (2006, p.04)	Psicossocial	<i>“Um evento com potencial traumático o qual é experimentado coletivamente, com início agudo e delimitado no tempo. Desastres podem ser atribuídos a causas naturais, tecnológicas e humanas”.</i>
García-Renedo, Gil Beltrán e Valero Valero (2007, p. 40)	Psicossocial	<i>“Uma situação traumática que gera um alto grau de estresse aos indivíduos de uma sociedade ou uma parte dela, devido à ação de um agente em uma comunidade vulnerável (natural, humano ou uma combinação de ambos), produzindo uma alteração no funcionamento, tanto em nível comunitário como individual, assim como uma série de reações e consequências psicológicas nas pessoas envolvidas. As demandas criadas excedem os recursos habituais de respostas disponíveis na comunidade”.</i>

Quadro 1: Principais definições de desastre nas perspectivas sociológica e psicológica.

Fonte: Elaboração própria. Baseada nas tabelas apresentadas no artigo de Favero et.al (2014) – Traduções dos autores do artigo.

Esse cenário conceitual é importante para nossas discussões neste estudo porque apresenta, em primeiro lugar, as concepções gerais que esses campos epistemológicos têm acerca dos desastres e, em segundo, como elas atravessam suas atuações. Um exemplo disso, é que esse panorama evidenciou que a visão geral dos teóricos da Psicologia, traz uma tendência a patologização e o foco no trauma. Apesar de a Psicologia dos desastres ser um campo distinto da Psicologia do Trauma, observa-se nessas definições, propensão a se pensar no desastre como algo essencialmente traumático e que demande apoio psicológico especializado nesses cenários, o que não necessaria-

mente ocorre. Essa visão, inclusive, é combatida pelos principais organismos e protocolos internacionais e nacionais da área. (FAVERO et al, 2014; IASC, 2009; IASC, 2007; OMS/ACNUR, 2015; OMS, 2015, OPAS, 2005). A “*psicologização*” nesses cenários é um ponto que reforça a hipótese desse estudo, de que as ações psicossociais acabam se restringindo muitas vezes às ações do campo da Saúde Mental ou majoritariamente à área da Psicologia. O apoio psicológico especializado é importante em casos que demandem a atenção de um especialista, na identificação do risco para o desenvolvimento de psicopatologias e na identificação da necessidade de encaminhamentos para outros profissionais. De uma forma geral, os manuais aconselham que esse serviço especializado ocorra com uma parcela menor nesses cenários, levando em conta que grande parte recebe o apoio familiar e comunitário. Além disso, havendo os primeiros cuidados psicológicos, diminui-se a necessidade de um apoio especializado.

Outra reflexão que essas concepções nos trazem, é sobre as definições de desastre que delimitam o evento no tempo e no espaço. O caráter atemporal (no sentido da permanência indeterminada da exposição aos riscos que o evento traz) é um aspecto que merece atenção especial em vários sentidos, tanto na compreensão de alguns desastres, como a seca, caracterizada pela cronicidade, pela exposição prolongada às ameaças e imprevisibilidade de término, como também no reconhecimento de seus impactos ao longo do tempo e não só no dia do evento propriamente dito. Essa é uma questão essencial, que será discutida ao longo desta tese e aprofundada nos resultados.

Uma definição que também trazemos para complementar as discussões, é a de Wisner et. al (2004). Segundo os autores, “*um desastre ocorre quando um número significativo de pessoas vulneráveis experimenta um perigo e sofrem danos severos e/ou interrupção do seu sistema de subsistência, de tal maneira que a recuperação é improvável sem ajuda externa*”. (WISNER et al, 2004, p.45). Essa definição vai ao encontro de diversos autores, que compreendem o mesmo levando em conta o número de pessoas afetadas, a capacidade de resposta do sistema e as rupturas nos sistemas sociais (WISNER et.al, 2004, FAVERO et.al., 2014; GARCÍA-RENEDO et al, 2008).

Os desastres não podem ser avaliados apenas levando-se em conta o número de pessoas afetadas e o nível de colapso, pois trata-se de eventos que não se limitam às características objetivas. É preciso que se leve em conta os aspectos subjetivos e simbólicos, não se limitando também a um período específico no tempo e no espaço. (FAVERO et. al, 2014).

Um aspecto considerado em algumas definições e classificações de desastre é a referência a um evento específico causador do desastre e a especificação da localização geográfica. Essa forma de entendimento e arranjo sobre as definições de desastre assemelha-se a postulada por Lopes *et al.* (2010), que consideram coerente a classificação dos desastres quanto à evolução, intensidade e origem. Estes autores se utilizam das categorizações por nível de intensidade (desastres de pequeno, médio, grande e muito grande porte), evolução e tipo. Quando apresentam a tipologia do desastre (ou a origem, como eles chamam), trazem um detalhamento em que especificam as possíveis causas primárias do evento que causou o desastre. Por exemplo, dentro da classificação das causas primárias como sendo “Humanas”, criam três subcategorias de acordo com o tipo de atividade humana envolvida: tecnológica, social ou biológica. (LOPES *et al.*, 2010).

Essa categorização chama a atenção porque ao incluir as atividades sociais como passíveis de acarretar um desastre, abarca os aspectos mencionados anteriormente, que embasam as compreensões do desastre como fato social. As causas primárias pertencentes a essa categoria estariam vinculadas ao “*desequilíbrio nos inter-relacionamentos econômicos, políticos e sociais, como desemprego, marginalização social, violência, o tráfico de drogas, entre outros*”. (LOPES *et al.*, 2010, p. 27).

De acordo com Brasiliano (2011), os manuais de Defesa Civil ainda adicionam nessa classificação a duração dos desastres. Segundo o autor, nos protocolos da Defesa Civil os desastres são divididos em episódicos ou crônicos. O primeiro tipo incluiria os terremotos, vulcões, tsunamis, inundações e fluxo de detrito. Eles se caracterizam por sua magnitude. Já os desastres crônicos seriam aqueles que causam prejuízos ambientais, sobretudo a longo prazo. Ele cita como exemplo a erosão do solo, explicando que esta ocorrência pode resultar na incidência de mais eventos catastróficos. Por isso a terminologia “crônico” (BRASILIANO, 2011).

Partindo desse panorama conceitual apresentado, porém com um distanciamento crítico necessário, entendemos que essas definições poderiam ser resumidas a partir do seguinte cenário, que talvez responda à pergunta lançada no início do tópico. A demarcação de um desastre sempre estará vinculada a um evento primário, podendo este ser independente da ação do homem ou resultado dela, direta ou indiretamente. Portanto, o evento em si pode, sim, estar relacionado a ações que independem direta-

mente do homem (terremotos, tsunamis, etc.), contudo para ser considerado um desastre estará necessariamente associado a vulnerabilidades sociais.

Observamos que a proposta atual da Defesa Civil³ brasileira é estabelecer uma categorização dos fenômenos levando em conta indicadores, dimensões e magnitude, para denominá-los como desastre. Com base nessa classificação é possível elaborar os planos e estratégias de acordo com a demanda real. Assim, a terminologia “*desastre*” relaciona-se com a magnitude do impacto e com a capacidade existente no local para lidar com ele (FURTADO et al., 2013 apud WEINTRAUB et al., 2015).

O trabalho da Defesa Civil brasileira por muitos anos teve como foco as ações desenvolvidas após o impacto do evento adverso. Ele consistia no socorro, na assistência aos afetados e a reabilitação do cenário do desastre. Lopes *et al.* (2010) enfatizam a importância de substituir esse paradigma. Segundo os autores:

Torna-se imperativo que esse paradigma seja substituído pela ideia da concepção social do desastre, na qual os desastres são produto de uma combinação particular entre riscos, ameaças e vulnerabilidades da sociedade, paulatinamente construídas nas relações das pessoas com o meio em que vivem. (...). Em outras palavras, se ações efetivas conseguem diminuir a situação de vulnerabilidade, consequentemente o risco tende a diminuir (LOPES et al., 2010, p. 24).

O que se observa é que nos últimos anos o arcabouço legal da Defesa Civil tem sofrido modificações, com o intuito de dar maior rapidez aos trâmites financeiros voltados para as medidas de recuperação, como por exemplo, a contratação de obras civis. No entanto, o conceito de desastre seguido pela Defesa Civil não sofre alteração desde a criação da Política Nacional de Defesa Civil, de 1995, e da criação, em 2005, do Sistema Nacional de Defesa Civil, o SINDEC. A lei 12.608, de 2012, que instituiu o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil, não define o que é desastre, apenas faz referência ao decreto 7.257, de 4 de agosto de 2010, que traz a definição que já era usada: “*resultado de eventos adversos, naturais ou provocados pelo homem sobre um ecossistema vulnerável, causando danos humanos, materiais ou ambientais e consequentes prejuízos econômicos e sociais*”. (VALENCIO, 2014, p. 3.634; BRASIL, 2012a).

Essa definição que consta na Política Nacional de Defesa Civil é similar a ado-

³ “*A Defesa Civil é o conjunto de ações de prevenção e de socorro, assistenciais e reconstrutivas, destinadas a evitar ou minimizar os desastres, preservar a integridade física e moral da população, bem como restabelecer a normalidade social*” (Fonte: BRASIL, 2010a, p. 21).

tada pela Estratégia Internacional para a Redução de Desastres, das Nações Unidas (UNISDR, 2009). De acordo com esse documento, desastre é:

uma séria interrupção no funcionamento de uma comunidade ou sociedade que ocasiona uma grande quantidade de mortes e igual perda e impactos materiais, econômicos e ambientais que excedem a capacidade de uma comunidade ou a sociedade afetada para fazer frente à situação mediante o uso de seus próprios recursos (UNISDR, 2009, p. 13-14).

Essas duas definições mostram que há um *gap* na compreensão sobre desastres. É legítimo que haja diferentes pontos de vista acerca da representação dos desastres, até porque, considerando seu caráter social, o sentido dos desastres estará relacionado também à especificidade de cada cultura. O entendimento que cada localidade pode atribuir aos desastres pode divergir. No entanto, observamos que os conceitos e definições não seguem uma linha semelhante nos principais documentos legais internacionais sobre desastres e em alguns casos, se mostram contraditórios às políticas preconizadas. Independente das diferenças de ponto de vista, reforçamos que a compreensão dos desastres, quando entendida a partir de uma perspectiva social, tende a abranger diversos elementos essenciais da sua constituição, permitindo ações de resposta e planejamento mais efetivas.

Acompanhando o entendimento de Lopes *et al.* (2010), torna-se imprescindível que adotemos a concepção social do desastre, considerando-os como produto de uma combinação entre riscos, ameaças e vulnerabilidades sociais. Segundo os autores, esses três elementos são construídos socialmente a partir da relação das pessoas com o meio e se ações efetivas podem diminuir vulnerabilidades, logo o risco também diminuirá:

Nessa perspectiva, os desastres são produtos e processos decorrentes da transformação e crescimento da sociedade, do modelo global de desenvolvimento adotado, dos fatores socioambientais relacionados a modos de vida que produzem vulnerabilidades sociais e, portanto, vulnerabilidade aos desastres. Incluem aspectos como pobreza, ocupação inadequada do solo, ocupação de áreas de risco, inexistência de equipamentos urbanos e insuficiência de políticas que atendam as necessidades da população (LOPES *et al.*, 2010, p. 25).

O estabelecimento de procedimentos e critérios para decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativo, é regido pela Instrução Normativa No 2, de 20 de dezembro de 2016. De acordo com o Art. 13 dessa Instrução, o Ministério da Integração Nacional,

por meio da Secretaria Nacional de Proteção e Defesa Civil, adotará a classificação dos desastres constante da Classificação e Codificação Brasileira de Desastres (COBRADE). (BRASIL, 2016; 2018). De acordo com a COBRADE, desastres são tipificados como naturais ou tecnológicos.

Os desastres classificados como “*naturais*”, estão divididos em cinco grupos: 1) Geológicos (terremotos, erupções vulcânicas, movimentos de massa e erosão); 2) Hidrológicos (inundações, enxurradas e alagamentos) ; 3) Meteorológicos (sistemas de grande escala - como ciclones – tempestades, e temperaturas extremas); 4) Climatológicos (secas) e 5) biológicos (epidemias e infestações/pragas). Já os tecnológicos são divididos também em cinco grupos: 1) Desastres relacionados a substâncias radioativas; 2) Desastres relacionados a produtos perigosos; 3) Desastres relacionados a incêndios urbanos; 4) desastres relacionados a obras civis e 5) Desastres relacionados a transporte de passageiros e cargas não perigosas (BRASIL, 2018).

Trazemos a seguir um panorama sobre a ocorrência de desastres socioambientais no Brasil, ilustrando os tipos de desastre associados a eventos climáticos mais frequentes e as áreas mais afetadas. De acordo com os dados divulgados no Atlas Brasileiro de Desastres Naturais, publicação do Centro de Estudos de Pesquisas sobre Desastres, da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPED-UFSC, 2012), a frequência maior de casos informados pelos municípios é de estiagens e secas, seguidos por enxurradas, inundações e vendavais. No entanto, por conta da imensa extensão territorial brasileira, há diferenças na intensidade e frequência desses eventos em função da região do país (idem, 2012).

Além dessa publicação, fazemos referência também ao Relatório de danos materiais e prejuízos decorrentes de desastres naturais no Brasil – 1995-2014 (CEPED-UFSC, 2016). Trata-se de um documento que procura aprofundar estudos realizados pelo CEPED e pelo Banco Mundial, oferecendo informações sobre os tipos de desastres mais frequentes em cada região do país. Nele, como o próprio nome diz, encontram-se organizados dados referentes aos danos materiais e aos prejuízos causados por desastres ocorridos no Brasil entre os anos de 1995 e 2014. Também baseia suas informações nos registros⁴ de desastres informados pelos municípios à Defesa

⁴ “No Brasil, até a publicação da Instrução Normativa n.1, de 24 de agosto de 2012, o registro oficial de um desastre poderia ocorrer pela emissão de três documentos distintos, não obrigatoriamente dependentes: uma Notificação Preliminar de Desastre (NOPRED), uma Avaliação de Danos (AVADAN) ou um Decreto

civil do Estado ou à Secretaria Nacional de Proteção e Defesa civil (Sedec). (idem, 2016). O quadro a seguir sintetiza essas informações:

Regiões	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
Desastres associados a eventos climáticos com maior número de registros	Excesso de chuva (alto regime pluviométrico)	Estiagem e seca	Enxurradas e inundações (Também apresenta volume significativo de registros de estiagens e de secas)	Enxurradas e inundações Eventos relacionados a vendavais, granizo e movimentos de massa	Estiagem e seca Enxurradas e inundações Eventos relacionados a vendavais, granizo e movimentos de massa

Quadro 2: Desastres associados a eventos climáticos com maior número de registros no Brasil entre 1995 e 2014 (por região). Fonte: Elaboração própria a partir do *Relatório de danos materiais e prejuízos decorrentes de desastres naturais no Brasil – 1995-2014*. (CEPED e BANCO MUNDIAL, 2016).

Estes eventos climáticos, associados aos fatores sociais relativos a cada região do país, têm ocasionado numerosos prejuízos às localidades afetadas e também aos cofres públicos da União, exigindo ações mais efetivas de prevenção da magnitude desses danos. O que observamos é que as “camadas” de vulnerabilidade vão se acentuando e formando um terreno cada vez mais frágil, que fertiliza e potencializa agravos futuros. A identificação desses eventos mais comuns deve servir de fio condutor para o estabelecimento dessas ações.

3 CAPÍTULO 2: O CONTEXTO DE DESASTRE SOB A PERSPECTIVA DA SAÚDE

Adotamos como perspectiva teórica norteadora do estudo, o enfoque na promoção da saúde e na integralidade das ações psicossociais em contexto de desastre. Para isso, elegemos alguns conceitos chaves para subsidiar as discussões e que nos parecem dialogar diretamente com a tríade: desastres-apoio psicossocial- promoção da saúde. Quando optamos em abordar os desdobramentos dessas ações ditas psicossociais no contexto de desastre, avaliando o que de fato se traduz como fator facilitador e o que se coloca como entrave ao apoio efetivo, situamos como pano de fundo a promoção da saúde das populações afetadas, através de medidas que favoreçam a saúde e o bem-estar desses indivíduos em todos os níveis mencionados.

Importante ressaltar aqui que não estamos trazendo para discussão a dualidade saúde-doença em sua dimensão estritamente biológica, tampouco a ideia de saúde como ausência de doença. O enfoque que adotamos é de que os sujeitos, em suas interações com as *infidelidades do meio*, elaboram normas de adaptação, como resultado da promoção da saúde e a partir da perspectiva do cuidado integral e da saúde enquanto processo.

3.1 A concepção de saúde de Georges Canguilhem

Reconhecemos como importante contribuição nesse sentido as concepções de Georges Canguilhem (2009), que trazem a perspectiva de que a saúde não pode ser entendida como ausência de problemas e desajustamentos, mas sim o resultado da interação do homem com o meio e em sua capacidade de enfrentar os possíveis “desajustes”.

Canguilhem foi um filósofo e médico francês que levou a reflexão filosófica às ciências médicas e biológicas (as *ciências da vida*, como são chamadas na França), contribuindo para o aprofundamento dos conceitos de saúde, doença, normal e patológico. Postula suas ideias a partir de críticas sobre o paradigma positivista de Auguste Comte, que defendia que a relação entre o normal e o patológico se estabelecia por meio de uma variação quantitativa, ou seja, que o patológico seria uma variação quantitativa do normal. Canguilhem defende que essa variação seja de ordem qualitativa.

Traz uma compreensão vitalista dos conceitos de normal e patológico, em oposição a visão organicista e reducionista do positivismo. (CANGUILHEM, 2009; SAFATLE, 2011).

Nos limitaremos neste estudo a trazer as contribuições do autor acerca da saúde, que está atrelada ao conceito de normalidade e especialmente o de *normatividade da vida*. Defendemos que a saúde deve ser compreendida a partir da relação de adaptação, flexibilidade e consciência dos sujeitos sobre seu estado, numa dinâmica entre o organismo e o meio. Essa “restauração” dos sujeitos diante dos estressores e de variáveis que alteram o que socialmente se estabeleceu como normal, é atravessada justamente por essa dimensão social e normativa, estabelecida pelo meio social como dentro de uma média estatística. A vida é considerada uma atividade normativa, já que depende das condições nas quais está inserida. (BONETTI, 2003). Contudo, para Canguilhem, a saúde não estaria limitada apenas a uma restauração do organismo a normas estabelecidas pela cultura e que a doença, ou o estado patológico, não seria a ausência de normas. Para ele, o estado patológico não é ausência de uma norma, já que não há vida sem normas, além do fato de que o próprio estado patológico é uma forma de se viver. O patológico seria o não “enquadramento” de determinada irregularidade nas condições culturais nas quais é válida. Como explica Canguilhem:

Aquilo que é normal, apesar de ser normativo em determinadas condições, pode se tornar patológico em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo é que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas consequências, no próprio momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação lhe impõe (CANGUILHEM, 2009, p.71).

Em outras palavras, a incapacidade de ser normativo o define como doente. A saúde, portanto, seria a capacidade de estar adaptado as exigências do meio e ser capaz de construir novas formas de vida a partir daquela experiência. A saúde seria um guia regulador das capacidades e reação. E essas instabilidades fazem parte do viver a vida (SILVA et. at., 2010).

O núcleo epistemológico de Canguilhem entende a consciência humana como integrante do processo de auto-organização da vida. Quando falamos que o autor defende uma perspectiva vitalista, relacionamos ao seu entendimento sobre a confiança na vida pelo indivíduo, uma consciência de vida e do viver. (CANGUILHEM, 2012).

O conceito de *normatividade da vida* diz respeito às normas que a vida estabelece, se autodeterminando. Apesar de sua concepção vitalista a partir dos estudos de

Claude Bernard, a autodeterminação para Canguilhem traz o aspecto organicista deste último e a visão positivista de Auguste Comte. Canguilhem traz aspectos da discussão sobre normalidade, como *patológico, normal, anormal, média e norma*, além de problematizar os paradigmas da visão biomédica, como a patologização e a oferta de restabelecimento através da terapêutica médica. Para ele, o conceito de *normatividade da vida* ou *norma vital* estaria associado a própria natureza do ser. (CANGUILHEM, 1995; PUTTINI e PEREIRA JÚNIOR, 2007).

Como resume Silva et. at. (2010, p. 196):

Nesta visão, pode-se abstrair que a norma, não sendo uma média estatística, é algo individual, ou seja, uma noção que define as capacidades máximas de uma pessoa. Assim, cada indivíduo teria sua concepção do que é normal para si, já que a média não tolera desvios individuais que não podem ser considerados como patológicos. (...) A saúde pode por fim ser concebida como um sentimento de segurança na vida, um sentimento de que o ser por si mesmo não se impõe nenhum limite.

Canguilhem indica que nessa concepção, não se deve limitar a vida humana à vida vegetativa, mas sim compreendê-la de forma dinâmica e permeada por estressores, que ele chama de *infidelidades do meio*. Ele diz:

A saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio. Porém, não será absurdo falar em infidelidade do meio? Isso ainda é admissível quanto ao meio social humano, em que as instituições são, no fundo, precárias; as convenções, revocáveis; as modas, efêmeras como um relâmpago. Mas o meio cósmico, o meio do animal de modo geral não será um sistema de constantes mecânicas, físicas e químicas, não será feito de invariantes? É claro que esse meio definido pela ciência é feito de leis, mas essas leis são abstrações teóricas. O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O que sustenta o pássaro é o galho da árvore, e não as leis da elasticidade. Se reduzirmos o galho às leis da elasticidade também não deveremos falar em pássaro, e sim em soluções coloidais. Em tal nível de abstração analítica, não se pode mais falar em meio, para um ser vivo, nem em saúde, nem em doença. Da mesma forma, o que a raposa come é um ovo de galinha, e não a química dos albuminóides ou as leis da embriologia. Pelo fato de o ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história (CANGUILHEM, 2009, p. 78).

Fazendo referência aos filósofos que defendem a ideia de conservação e expansão do ser vivo, Canguilhem cita Goldstein, que observa que a preocupação em se evitar as situações potencialmente geradoras de reações desfavoráveis, traduz o instinto de conservação do ser humano. Ele diz:

O organismo sadio procura, sobretudo, realizar sua natureza, mais do que se manter em seu estado e em seu meio atuais. Ora, isso exige que o organismo, enfrentando riscos, aceite a eventualidade de reações catastróficas. O homem sadio não foge diante dos problemas causados pelas alterações — as vezes súbitas — de seus hábitos, mesmo em termos fisiológicos; ele mede sua saúde pela capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem (GURWITSCH, 1939, p. 107, apud CANGUILHEM, 2009, P. 79)

Em um dos escritos de Caponi (1997) acerca das ideias postuladas por Canguilhem, a autora explica:

Lembre-se de que a definição da OMS nos fala sobre um estado de ativos físicos, mentais e sociais. No entanto, não parece ser considerado que o que chamamos de bem-estar é identificado com tudo que numa sociedade, e num momento histórico preciso, é valorizado como “normal” excluindo, conseqüentemente, tudo aquilo que desvalorizamos e consideramos como simples “anomalia” ou “monstruosidade”. (...) Para Canguilhem, as infidelidades do meio ambiente, fracassos, erros e desconfortos são parte constitutiva da nossa história porque o nosso mundo é um mundo de possíveis acidentes. E é da nossa capacidade, que não é única, mas diversificada, tolerar as infrações que devemos pensar sobre o conceito de saúde. Assim, a saúde não pode ser reduzida a um mero equilíbrio ou capacidade adaptativa, mas deve ser pensada como a capacidade que temos para estabelecer novas normas em situações que nos são adversas (CAPONI, 1997, p. 300 e 296 – Tradução nossa).

Essa perspectiva de Canguilhem que considera as infidelidades do meio, os fracassos e o mal-estar como parte constituinte da vida, nos permite entender em contrapartida sobre o estado de saúde dos indivíduos, que se configuram a partir de um embate constante entre saúde e doença para se estabelecerem os *modos de andar a vida* de cada indivíduo. Esta expressão “*modos de andar a vida*”, utilizada por Canguilhem, denota exatamente a capacidade dos indivíduos de criar novas formas de condução do viver a partir de condições particulares (CANGUILHEM, 1990; BENEVIDES, 2015).

Esse entendimento acerca da saúde nos remete a duas concepções que adotaremos neste estudo, o conceito de resiliência e a abordagem salutogênica. Esta última, correspondente a Teoria Salutogênica, nos ajuda a compreender a saúde sob a perspectiva dos fatores geradores de saúde, procurando responder à questão central que norteia a teoria: Em ambientes potencialmente traumáticos e adversos, como algumas pessoas se mantêm saudáveis? Ao nosso ver, tanto a resiliência como a abordagem salutogênica, nos ajudam a compreender as dimensões de saúde em contextos como o de desastres, em que o processo de restabelecimento dos afetados está associado ao apoio prestado, às características sociopolíticas, econômicas e institucionais do território.

rio que antecediam o desastre, aos ambientes específicos a que estão relacionados, à potência individual dos sujeitos e, principalmente, à potência coletiva e social.

No livro “*Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*”, Lucíola Rabello (2010) faz referência aos escritos de Aubrey Lewis, conceituado psiquiatra australiano que escreveu sobre a concepção social da saúde. Nas palavras da autora:

Podemos dizer que a saúde é uma categoria resultante da interação do homem como ser biológico, social e espiritual no contexto das organizações sociais, em cada momento histórico dado, expressando o nível de bem-estar físico, mental, social e espiritual do indivíduo, da família, do coletivo de trabalho e da comunidade (RABELLO, 2010, p. 32).

A saúde é entendida como resposta satisfatória das capacidades de resposta às ameaças à integridade e bem-estar dos sujeitos. (AYRES, 2016). Nessa lógica, podemos dizer então que uma resposta não satisfatória à essas ameaças seria a doença. Parafraseando o autor, esse processo qualifica, portanto, “*saúde e doença como polaridades valorativas (positiva ou negativa) relacionadas à nossa capacidade de responder (ou não) às exigências normativas, assim como de produzir normas que atendam às nossas expectativas e necessidades como viventes*” (AYRES, 2016, p. 146).

Czeresnia (2003) também apresenta uma reflexão crítica sobre o que ela chama de *conceituação positiva da saúde*, que traz um caráter totalizante da mesma. Para a autora, a saúde e o adoecimento são formas de manifestação da vida, que se expressam de forma singular e subjetiva. E nesse contexto, quando a saúde pública toma para si a responsabilidade de promover a saúde, é necessário, de antemão, que ela reveja sua visão, já que suas práticas se organizam nos conceitos de doença. Além disso, como explica a autora:

Suas práticas tendem a não levar em conta a distância entre o conceito de doença – construção mental – e o adoecer – experiência da vida -, produzindo-se a “substituição” de um pelo outro. O conceito de doença não somente é empregado como se pudesse falar em nome do adoecedor concreto, mas, principalmente, efetivar práticas concretas que se representam como capazes de responder à sua totalidade (CZERESNIA, 2003, p.2).

Ambos os autores mencionados, Ricardo Ayres e Dina Czeresnia, partem das ideias do próprio Canguilhem para suas considerações.

Tendo em vista essa perspectiva sobre saúde, acreditamos ser interessante explorar a dimensão salutogênica nesse contexto dos desastres. Levando em conta esses

referenciais, que aspectos, de fato, mantém os indivíduos saudáveis nessas conjunturas? Que elementos atuam como geradores de saúde e bem-estar nos afetados por um desastre? Acredita-se que essa concepção teórica - *Salutogênese* - e suas contribuições na área da saúde favoreçam a compreensão sobre as práticas de apoio psicossocial mais efetivas e que estejam alcançando um resultado concreto sobre as populações.

Dessa forma, como já mencionado nos parágrafos anteriores, adotamos neste estudo também como eixos de discussão e referencial teórico os conceitos de *promoção da saúde*, *cuidado integral* e as compreensões teóricas de *salutogênese* e *resiliência*, estas duas últimas para subsidiar as discussões acerca dos agentes promotores de saúde nessas circunstâncias de desastres. Que componentes possibilitam uma adaptação e fortalecimento de sujeitos e coletividades em meio à adversidade e às inúmeras perdas que um desastre acarreta? Considerando a vulnerabilização prévia ao evento calamitoso, que caracteriza o desastre, e o processo de vulnerabilização em si, que fatores podem fortalecer e gerar saúde aos sujeitos e coletividades nesses cenários? O arcabouço teórico sobre resiliência e salutogênese podem nos ajudar a entender melhor tais condições.

3.2 Promoção da Saúde

Falar sobre promoção da saúde faz com que pensemos inevitavelmente na Carta de Ottawa, importante documento apresentado em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, no Canadá. A Carta de Ottawa foi escrita com o objetivo de contribuir de forma universal e equânime com as políticas de saúde, em todos os países. Impulsionada por movimentos que procuravam romper com a visão limitada do modelo biomédico tradicional e movidos por uma perspectiva de saúde que leva em conta os determinantes sociais, a Carta de Ottawa apresenta o conceito de promoção da saúde relacionado às ações coordenadas entre a sociedade civil e o estado. Nesse documento, a promoção da saúde é pautada em cinco estratégias: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis e sustentáveis, fortalecimento da participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. (BEZERRA & SORPRESO, 2016).

Apesar dos avanços, como o reconhecimento dos determinantes e condicionantes sociais na promoção da saúde e de seu conceito ampliado, a definição de promoção

da saúde apresentada na Carta traz uma concepção positiva da saúde, associada a ideia da completude. De acordo com esse documento:

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos as medidas necessárias para melhorar sua saúde e exercer maior controle sobre ela. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao ambiente. A saúde é assim percebida, não como objetivo, mas como fonte de riqueza da vida cotidiana. É, portanto, um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as aptidões físicas. Portanto, dado que o conceito de saúde como bem-estar transcende a ideia de formas de vida saudáveis, a promoção da saúde não diz respeito exclusivamente ao setor saúde (WHO, 1986, tradução nossa).

Como já mencionado, pautamos nossa compreensão sobre saúde a partir da visão de Canguilhem, que entende a mesma ancorado, de certo modo, na incompletude humana. Queremos mostrar também com a apresentação da definição da Carta de Ottawa que, diversas são as definições de promoção da saúde e de uma forma geral todas tendem a considerar o componente relacional como importante fator na busca do bem-estar, constituindo um conjunto de fatores associados.

Em contrapartida, Czeresnia (2003) apresenta uma concepção interessante acerca da promoção da saúde, mostrando que ela envolve a ideia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com os condicionantes da saúde. A promoção da saúde extrapola o cumprimento de normas e tira o foco exclusivo nas doenças. A autora ressalta que essa compreensão de promoção da saúde “*diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos*” (CZERESNIA, 2003, p.5).

Dentro dessa perspectiva, Czeresnia faz críticas à definição canadense de promoção da saúde, que inclui os estilos de vida como categoria da promoção da saúde, responsabilizando os sujeitos individualmente por suas condições de saúde e dando pouca ênfase aos fatores econômicos e sociais a que está inserido. Segundo a autora, um dos pilares do entendimento de promoção da saúde no Canadá, assim como nos Estados Unidos e alguns países da Europa Ocidental, é a ideia de autonomia dos sujeitos e das coletividades, colocando o indivíduo como um dos responsáveis pela sua saúde. (CZERESNIA, 2003). Essa discussão é a base do modelo da determinação social do processo saúde-doença.

As discussões que serão apresentadas terão como caminho epistemológico a

concepção de promoção da saúde vinculada diretamente às formas de construção da capacidade de adaptação (individual e comunitária) e o cuidado integral em situações de desastre. Como preconizado na Carta de Ottawa, um trabalho conjunto favorece uma assistência de qualidade e a oferta de serviços mais saudáveis e seguros. Ações articuladas levam à equidade em saúde, políticas sociais e justiça social. E para que políticas públicas de promoção da saúde sejam adotadas de forma a garantir essas ações conjuntas, é importante que se identifique e remova os obstáculos para efetivação dessas ações (WHO, 1986).

O campo epistemológico sobre a díade saúde-doença ganhou novas nuances a partir da segunda metade do século XX. E nesse processo histórico de discussão sobre a relação saúde-doença e promoção da saúde, podemos visualizar como a dimensão psicossocial foi sendo situada. Podemos dizer que esse processo teve três grandes movimentos paradigmáticos até os dias atuais e que marcaram perspectivas históricas. São eles: o Modelo da História Natural das Doenças, a Nova Promoção da Saúde e a perspectiva das Vulnerabilidades e Direitos Humanos (PAIVA, 2013, 2012).

O Modelo da História Natural das Doenças se refere “à evolução de uma doença no indivíduo através do tempo, na ausência de internação” (OPAS, 2010, p. 23). Este modelo enfoca a doença e seu modo próprio de evolução, como qualquer processo que segue seu próprio rumo. Se inicia com a exposição de um hospedeiro a um agente causal e finaliza no restabelecimento, deficiência ou morte. O modelo abrange os períodos pré-patogênico e patogênico e também, níveis de prevenção (propostos por Level e Clark). Os níveis de prevenção são apresentados em função da fase do processo da doença, sendo a prevenção primária efetuada na fase pré-patogênica e com foco na promoção da saúde e proteção de acordo com o agente. A prevenção secundária é definida nesse modelo com o tratamento imediato e a não expansão do dano. Já a prevenção terciária tem como foco a reabilitação. (OPAS, 2010).

O Movimento paradigmático da Nova Promoção da Saúde (PAIVA, 2013) foi marcado pelas Conferências Internacionais de Saúde na década de 1970, que levaram a um deslocamento do paradigma *hospitalocêntrico* da saúde para uma visão que privilegiasse as práticas preventivas e de atenção primária. No Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, marca um movimento de luta por democracia, descentralização da saúde e implementação de políticas sociais no país, influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Evidencia-se nessa fase a importân-

cia dos determinantes sociais da saúde na promoção da saúde, tendo outros aspectos relacionados a garantia de direitos sendo consolidados na Constituição cidadã de 1988, incluindo o direito universal à saúde. O cuidado integral toma força e relevância quando se pensa nas dimensões para se promover saúde, incluindo os níveis físico, social, mental, espiritual e simbólico. A intersetorialidade, as ações equitativas, multi-estratégicas e sustentáveis e a participação e controle social entram nesse cenário, reflexo dos princípios constitucionais e notadamente do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIVA, 2013; BRASIL, 2010b)

No campo da Psicologia, procurava-se associar aspectos psicossociais ao adoecimento e definiam muitas vezes suas práticas como sendo em numa perspectiva biopsicossocial. Os principais ramos e fundamentos dentro da Psicologia eram a Psicossomática, a Psicanálise e a Psicologia Existencial (PAIVA, 2013). Ou seja, apesar de uma tendência a se pensar pela lógica do adoecimento e menos pela saúde e fatores de proteção, havia uma visão multidimensional e com viés da integralidade por parte da área da Psicologia, de forma geral. De acordo com Paiva (idem), nesse período abordagens ditas psicossociais voltadas para o cuidado, que não se restringiam ao campo da Saúde Mental, tiveram dificuldades para se estabelecer como prática de referência na Psicologia, se expandindo melhor para o campo da prevenção e da atenção básica em saúde. Trabalhos de prevenção tinham mais estímulo à prática interdisciplinar do que em outros espaços.

Já a perspectiva da promoção da saúde sob o olhar das Vulnerabilidades e Direitos Humanos, teve forte influência do processo de construção de resposta à AIDS nos anos 1990. Abordagens que levam em conta os determinantes sociais da saúde na construção de práticas, valorizando a influência das vulnerabilidades na saúde individual e coletiva. Ou seja, levam em conta o processo social nas condições de saúde e que podem intervir nesses aspectos. Além disso, desloca a visão do indivíduo como resultado de variáveis sociais, cognitivas e comportamentais para uma visão do meio social com suas interações intersubjetivas, que inclui o sujeito. Paiva chama essa abordagem psicológica de *Abordagem Psicossocial Construcionista na saúde*, que não aprofundaremos nesta tese. Essa perspectiva que leva em conta as vulnerabilidades do meio para entender e promover a saúde, evidencia que quando os direitos humanos são desrespeitados, há um risco maior de adoecimento e quando se promove o direito à uma saúde integral, segurança, moradia, entre outros, menores serão as chances do adoecimento. Essa abordagem se diferencia positivamente por conta da implan-

tação de programas de governo, como os da área de vacinação, HIV/AIDS e tabagismo, referências no país e internacionalmente. (PAIVA, 2013, 2012). Nas palavras da autora:

A vulnerabilidade ao adoecimento de pessoas que pertencem a segmentos socialmente mais vulneráveis e marginalizados (...) diminui ou aumenta na presença ou ausência de programas de saúde (por exemplo, a aplicação de vacinação, a existência de saneamento básico, ações de prevenção da Aids, acesso à atenção médica e a tratamentos). Essa abordagem explica alguns dos sucessos do Brasil na diminuição da propagação da Aids ainda nos anos 1990, antes de se reduzir a pobreza, o machismo, a homofobia e o estigma associado à doença, ou resolver os problemas do abuso de drogas e do acesso universal à saúde integral. Os programas de Aids desenvolveram iniciativas inovadoras que abordaram tecnicamente e programaticamente esses determinantes, e obtiveram resultados surpreendentes. (...) Trata-se de superar a individualização, assim como a culpabilização da "vítima" ou responsabilização apenas da pessoa pelo "mau comportamento" e pelos fatores contextuais associados ao seu adoecimento. Programas e práticas baseados em uma análise da vulnerabilidade ao adoecimento necessariamente dependem da ação de diversos saberes em interação (de diversas clínicas, da epidemiologia, das ciências humanas e sociais) e de práticas na perspectiva dos direitos humanos (da gestão ao cuidado), ou seja, que o sistema não discrimine, que garanta acesso universal aos serviços de saúde, a sua aceitabilidade e qualidade, e a participação dos usuários. (PAIVA, 2013, p.540)

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006 e revisada pela última vez em 2015, foi elaborada a partir das definições da Constituição de 1988, da legislação do SUS, das resoluções oriundas das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde, previsto na Lei 8.080/90. Sua criação evidencia o compromisso de ampliação e qualificação dos serviços do SUS, com fins de fortalecer a integralidade da atenção à saúde. Enfatiza-se na Política a importância do diálogo entre as diversas áreas do setor saúde, outros setores governamentais, setor privado, terceiro setor e a sociedade. Nesse sentido, a promoção da saúde *“realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem.* (BRASIL, PNPS, 2015, 2006b, 2010, p.15).

Pelo trecho da Política destacado acima, observamos que o foco dado à promoção da saúde ainda recai sobre os fatores de risco e a redução de danos. Apesar de a Política partilhar um olhar ampliado sobre a saúde, entendemos que ela ainda pode trazer uma perspectiva a partir dos fatores protetores e das origens da saúde, não só da

doença. No entanto, observamos uma mudança no próprio objetivo da Política da versão de 2010 para a última, de 2015. A versão de 2010 ainda trazia essa concepção dos fatores de risco: “*Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais*”. (BRASIL, 2010b, P. 17). Na publicação revisada em 2014, o objetivo fala em “*promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais*”. (BRASIL, 2015, P. 11).

Os seis temas transversais que devem nortear as ações de promoção da saúde, segundo a Política, são os determinantes sociais da saúde, equidade e respeito à diversidade; desenvolvimento sustentável; redes de produção social da saúde e do cuidado; ambientes e territórios saudáveis, vida no trabalho e cultura da paz e direitos humanos, além dos valores da solidariedade, felicidade, ética, respeito à diversidade, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social e dos princípios da integralidade, intersetorialidade, intrasetorialidade, territorialidade, sustentabilidade, empoderamento, autonomia, equidade e participação social. (BRASIL, 2015).

Além da PNPS, destacamos também a Política Nacional de Práticas Integrativas complementares do SUS (PNPIC) e a Política de Humanização do SUS (PNH). (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013a). Ambas têm um forte papel na promoção da saúde dentro do sistema público de saúde e que fortalecem os princípios do SUS e a consolidação do cuidado integral.

Uma perspectiva importante nas políticas de saúde é a de clínica ampliada, uma das diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização para qualificar as práticas de atenção e promoção da saúde. Trata-se de uma ferramenta para aumentar a autonomia dos usuários dos serviços de saúde, nos níveis individual e comunitário e olhar para além de um diagnóstico ou sintoma, procurando compreender o indivíduo como um todo através dos vínculos, da qualificação do diálogo e da participação de profissionais de diferentes especialidades. Também procura favorecer a consciência pelo indivíduo de sua responsabilização na produção de sua saúde e bem-estar. Não obstante, sua definição na Política Nacional de Humanização (PNH) também traz uma perspectiva patogênica da saúde:

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. (BRASIL, 2013a).

Já a PNPS descreve a perspectiva ampliada de saúde baseada no SUS, no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e nas Cartas de Promoção da Saúde, que entendem que os modos de viver não se referem apenas à vontade e/ou liberdade individual e comunitária, mas aos “*modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida*”. Segundo a PNPS, tradicionalmente esses modos de viver têm sido discutidos a partir de uma visão individualizante e fragmentária, colocando indivíduos e comunidades como responsáveis exclusivos pelas mudanças no processo saúde-doença ao longo da vida, diferente de uma visão de clínica ampliada. (BRASIL, 2010b, p. 10).

Para Czeresnia a concepção de promoção da saúde engloba o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para fazer frente aos múltiplos condicionantes da saúde. A promoção da saúde deve extrapolar o tecnicismo, as normas preestabelecidas e o controle das doenças, focalizando no fortalecimento da saúde para que indivíduos estabeleçam uma capacidade de escolha, de conscientização e estejam sensíveis às particularidades dos eventos que vivenciará (CZERESNIA, 2003).

3.3 O Modelo Salutogênico de Saúde

Salutogênese é uma palavra que etimologicamente origina-se do latim (*salus*, saúde) e do grego (*genesis*, origem). Segundo esta perspectiva:

Os estressores estão sempre presentes, porém não são positivos ou negativos em si. Assumem seu valor salutogênico ou não de acordo com a resposta do indivíduo a eles. Torna-se importante entender como as pessoas permanecem saudáveis apesar deles - o que vai ao encontro dos estudos de resiliência. A salutogênese, assim como a resiliência, é um construto que enfatiza a origem da saúde e os processos geradores de bem-estar, ao invés de priorizar o enfoque na adversidade e na doença (SILVEIRA e MAHFOUD, 2008, p.574).

Essa compreensão se relaciona com a visão de Canguilhem sobre saúde, pois evidenciam a capacidade dos indivíduos de criar novas formas de condução do viver a partir de condições particulares. Destaca-se a potência de cada sujeito ou coletividade

e a forma com que compreendem sua saúde e como mantê-la apesar de circunstâncias adversas.

O Modelo Salutogênico de Saúde foi desenvolvido pelo sociólogo/antropólogo israelense-americano Aron Antonovsky. Após décadas de trabalho e inquietação como pesquisador na área de estresse e enfrentamento relacionados a doenças como câncer, esclerose múltipla e doenças cardiovasculares, compreendeu que seu foco de interesse não se concentrava em doenças em particular, mas à influência de fatores psicossociais no sujeito. Nessa ocasião, seu foco ainda era a patogênese, o que mudaria posteriormente e o faria cunhar a teoria salutogênica, ou modelo salutogênico da saúde. Pode-se dizer que essa mudança de paradigma da patogênese para a salutogênese começou a ser maturada a partir dos anos 1960. Já no final dessa década, Antonovsky formulou as ideias e conceitos sobre o que chamou de *recursos generalizados de resistência*, cujas pesquisas e concepções levaram ao surgimento da salutogênese uma década depois. (MITTELMARK & BAUER, 2017; VINJE ET AL., 2017; ANTONOVSKY, 1990).

A pergunta que deu origem a teoria salutogênica nasceu a partir de seus estudos sobre estresse, enfrentamento e, notadamente, a estudos sobre um grupo de mulheres que haviam passado pelo holocausto e que se mantiveram saudáveis mesmo nesse contexto potencialmente adoecedor: “*Quais são as origens da saúde?*”. (ANTONOVSKY, 1979; ERIKSSON & LINDSTRÖM, 2008).

Durante um período de licença sabática em Berkeley nos anos de 1977 e 1978, Antonovsky alinha o termo *salutogênese* para designar o modo de compreensão embutido na pergunta. Em 1979 publica seu livro de maior repercussão, e que marca sua concepção salutogênica em contraponto à patogênica: *Health, Stress and Coping*. Até então nunca havia sido publicada pesquisa baseada nesse modelo. O senso de coerência, constructo central de sua teoria, ainda não estava totalmente desenvolvido, operacionalizado e mensurado na ocasião da publicação de seu livro, o que o levou a uma concentração de esforços a partir desse período. (ANTONOVSKY, 1987, 1979; MITTELMARK & BAUER, 2017).

Um aspecto que marca o deslocamento da concepção patogênica para a salutogênica foi a rejeição do autor à dicotomia entre saudável e doente e, também, à visão de homeostase defendida pela Medicina tradicional. Essa ideia polarizada e de equilíbrio, leva ao entendimento de um estado completo de saúde, o que Antonovsky questionava. Para explicar a perspectiva processual, dinâmica e não dicotômica da saúde e

doença, o autor traz a concepção de “*o organismo humano, como sendo prototipicamente no estado de desequilíbrio heterostático, como o coração da orientação salutogênica*”. (ANTONOVSKY, 1987, p. 130, apud VINJE et al., 2017 – tradução nossa). Para ele, a doença, a enfermidade e a entropia (termo da Física que corresponde à desordem) seriam a norma e não a exceção. De acordo com Vinje et. al. (2017):

Ele achava que era uma tarefa fútil tentar entender e controlar todos os fatores que poderiam levar a essa ou aquela doença específica. Uma abordagem mais frutífera seria concentrar-se no que ele considerava ser o problema geral da adaptação ativa a um ambiente no qual os estressores são onipresentes e inevitáveis. Ele apresentou o termo entropia negativa, (...) no qual o objetivo era procurar insumos úteis para o contexto sociocultural, o ambiente físico e para o organismo até o nível celular para contrapor a tendência normal da entropia. Então, entropia negativa ou negentropia, como ele também a denominou, é na verdade algo positivo (VINJE et. al., 2017, p. 25 – tradução nossa).

Uma metáfora apresentada por Antonovsky que ilustra a condição de heterostase (condição antagônica a da homeostase) em que o ser humano vive, é a do *rio da vida*. (Antonovsky, 1987). Os contextos que todos os seres humanos estão inseridos são inevitavelmente estressantes. De acordo com Vinje et al., (2017), Antonovsky compara a vida a um rio, que tem grande parte dele poluída e com correntezas, e que apresenta caminhos que levam a trechos mais leves ou a “*corredeiras e redemoinhos perigosos*”. Antonovsky usa essa metáfora para levantar a seguinte questão: “*O que molda a capacidade dessa pessoa nadar bem?*”. (ANTONOVSKY, 1987, p.90, apud VINJE et al. 2017, p. 38). Esse é um ponto central de sua abordagem.

Retomando a pergunta que norteia sua teoria, quando Antonovsky levanta a questão “*Quais são as origens da saúde?*”, oferece como resposta o conceito de senso de coerência. Ele diz no prefácio de seu livro *Health, Stress and Coping* que “*As origens da saúde devem ser encontradas em um sentido de coerência*” (ANTONOVSKY, 1979, prefácio vii). Tanto a pergunta como a resposta compõem o que se denomina Modelo Salutogênico de Saúde. (MITTELMARK & BAUER, 2017; ANTONOVSKY, 1979). E como forma de entendermos como se dá esse enfrentamento aos estressores a partir da visão salutogênica, trazemos a definição de Antonovsky sobre enfrentamento e estresse:

A vida é inerentemente cheia de estressores, com complexos estressores de situações de vida que, de longe, merecem a maior parte de nossa atenção de querermos entender saúde ou doença. Concentrando-me na saúde, rejeitei expressamente a suposição implícita de que os estressores são inerentemente patogênicos. Suas consequências para a saúde só podem ser entendidas

se entendermos o processo de enfrentamento. (ANTONOVSKY, 1992, p. 48, apud ERIKSON, 2017 - tradução nossa).

Os conceitos-chave do Modelo Salutogênico de Antonovsky são o *senso de coerência* e os *recursos generalizados de resistência*, que apresentaremos a seguir:

a) **Senso de coerência**

Antonovsky define o senso de coerência (SCO) como:

uma orientação global que expressa a extensão em que se tem um sentimento profundo e duradouro, embora dinâmico, de confiança de que os ambientes internos e externos são previsíveis e que há uma alta probabilidade de que as coisas funcionem tão bem quanto se pode razoavelmente esperar. (ANTONOVSKY, 1979 p.123 – tradução nossa).

Para Antonovsky, o senso de coerência é uma orientação de vida. Refere-se a capacidade do indivíduo, ou seja, uma disposição pessoal, em aplicar recursos internos e externos em seu sistema social, no ambiente e no interior de seu organismo como uma maneira de adaptação a situações adversas. É um atributo individual, constituído por três componentes: compreensão, manejo (ou capacidade de gerenciamento) e significado (ou significância). Usando os termos exatos do autor, *comprehensibility, manageability and meaningfulness*. (ANTONOVSKY, 1987; 1979).

A *compreensão* diz respeito a capacidade de um indivíduo de confiar que os estímulos de um determinado ambiente são estruturados, consistentes, explicáveis e previsíveis. O *manejo* é a capacidade de gestão do indivíduo, incluindo sua percepção sobre os recursos disponíveis para fazer frente a exigências demandadas pela situação de estímulo. Por fim, o *significado* é o entendimento pelo indivíduo de que a vida oferece um sentido, uma intenção. Diz respeito a capacidade de sentido que ele obtém dos acontecimentos vividos. Fazendo sentido, ele investe seu interesse. Como explica Antonovsky, não se trata de um contentamento integral diante da vida, mas um investimento de recursos para se adaptar e superar situações em um meio que, de forma consciente e coerente para o sujeito, apresenta suas inconstâncias e estressores, e que esse gerenciamento positivo o faz compreender a situação como parte de suas experiências. (COUTINHO & HEIMER, 2014; DANTAS, 2007; ANTONOVSKY, 1987).

Em seu artigo “The salutogenic model as a theory to guide health promotion” (1996), publicado após sua morte e baseado numa apresentação realizada na Or-

ganização Mundial da Saúde (OMS) em 1992, Antonovsky apresenta uma visão crítica importante acerca dos desafios do campo da Promoção da Saúde e do risco da permanência de uma orientação para a doença e não para a saúde. Apontou a limitação das abordagens voltadas para os fatores de risco na conceituação de saúde e nas pesquisas na área, indicando que a orientação salutogênica se mostrava o paradigma mais viável para a pesquisa e prática em promoção da saúde. E nesse contexto, diz que o Senso de Coerência se mostra uma teoria vantajosa para a abordagem salutogênica da pesquisa em saúde: “Uma orientação salutogênica, escrevi, fornece a base, o trampolim, para o desenvolvimento de uma teoria que pode ser explorada pelo campo da promoção da saúde [...] que nos leva ao senso de coerência” (ANTONOVSKY, 1996).

O conceito de senso de coerência, por ter sido formulado como a essência da resposta para a questão salutogênica, tem sido o aspecto mais pesquisado pelos estudiosos do campo nos últimos anos. Muitos pesquisadores têm concentrado suas investigações, por exemplo, na relação do senso de coerência de indivíduos e coletividades com alguns recursos gerais de resistência (ou recursos de resistência generalizados), como condições de saúde, recursos materiais, religião, dentre outros. Nos que abordam as condições de saúde, falam sobretudo de cardiopatias, doença de Parkinson, osteoartrites, saúde bucal e condições de saúde mental. Muitos desses estudos evidenciam a relação positiva entre o senso de coerência e baixos níveis de estresse, sendo o SCO uma melhor capacidade para lidar com o estresse. (ANTONOVSKY, 1987; MITTELMARK et al. (eds.), 2017; MARÇAL, 2018; COUTINHO & HEIMER, 2014; DANTAS, 2007). Há evidências de que indivíduos com um forte senso de coerência apresentam uma boa percepção sobre sua saúde e qualidade de vida, além de apresentarem menos fadiga, depressão, solidão e ansiedade, se comparados àqueles com um SOC fraco. (KARLSSON et al., 2000). Além disso, estudos têm demonstrado ao longo dos últimos 30 anos que sujeitos com uma pontuação alta no senso de coerência lidam com os estressores como sendo previsíveis, gerenciáveis e explicáveis, demonstrando capacidade de enfrentamento dos mesmos. (ARVIDSDOTTER et al., 2015; MANTAS JIMÉNEZ et al., 2015; GISON et al., 2014; BRAUNLEWENSOHN e SAGY, 2011). Por ser considerado por Antonovsky e estudiosos um conceito universal, ou seja, ser uma orientação encontrada em qualquer indivíduo, independente da cultura, classe social, religião ou contexto que esteja inserido, o senso de coerência tem sido utilizado em estudos na área de saúde como um indicador das

condições de saúde em grupos específicos, como idosos, crianças, etc. (COUTINHO & HEIMER, 2014; DANTAS, 2007).

b) Recursos generalizados de resistência (*generalized resistance resources*)

Esses recursos se caracterizam por um conjunto de experiências ao longo da vida e estão relacionados à capacidade de indivíduos, grupos e culturas para lidar com os estressores e a tensão e, também, está ligada ao manejo do estresse. São consideradas variáveis de diferentes domínios, relacionadas ao indivíduo, ao meio ambiente e a grupos sociais, ou seja, podem ser psicossociais, genéticas, espirituais, culturais, etc. Os *recursos generalizados de resistência* (RGR) são construídos a partir das experiências vividas, por meio de recursos materiais, de conhecimento, estratégias de enfrentamento, apoio social, coesão e comprometimento com a cultura que o indivíduo está inserido, religião, comportamentos saudáveis, características genéticas, dentre outros aspectos mencionados pelo próprio Antonovsky. (ANTONOVSKY, 1979, 1987). Esses recursos atuam como pilares no desenvolvimento de um forte senso de coerência e caminham numa direção preventiva de saúde. (DANTAS, 2007; LINDSTROM & ERIKSON, 2005; ANTONOVSKY, 1979). Como indica o próprio termo *generalizados*, são recursos eficazes em qualquer situação. Têm a função de influenciar continuamente as experiências de vida e de trazerem uma compreensão, coerência e significado sobre as mesmas. Ou seja, atuam na constituição do senso de coerência. (DANTAS, 2007). Como apresenta Eriksson (2017) em um esquema gráfico da definição de Antonovsky sobre recursos generalizados de resistência, esses recursos podem ser uma característica {física, bioquímica, material, cognitiva, emocional, valorativa, interpessoal, macrosociocultural} de um {indivíduo, grupo primário, subcultura, sociedade} que é eficaz em {1. evitar ou 2. combater} uma variedade de estressores e, assim, evitar que a tensão seja transformada em estresse. (ERIKSSON, 2017, p. 94).

3.3.1 A saúde como um processo: o “*Continuum Ease/Dis-ease*”

Na publicação de 1979, postula que experiências de vida ajudam a moldar o senso de coerência, constructo central de sua teoria e entendido como uma *orientação global*, ou seja, uma direção própria da vida. Para ele, um senso de coerência forte ajuda o indivíduo ou uma comunidade a mobilizar recursos para lidar com estressores e administrar a tensão de forma adaptativa. Essa estrutura de adaptação aos estresso-

res, é apresentada por Antonovsky como um continuum, que ele chama de “*continuum Ease/Dis-ease*” (Antonovsky, 1993). Ou seja, um processo no qual as pessoas, ao longo da vida, irão se confrontar com esses dois polos: *ease* (bem-estar, saúde – tradução nossa) e *dis-ease* (mal-estar, doença – tradução nossa). Segundo ele, estar em um desses polos extremos (completamente saudável ou doente), não é compatível com a vida humana. Para o autor, não se trata de qualificar as pessoas como saudáveis ou doentes, mas entender esse *continuum* para equilibrá-lo. (MITTELMARK & BAUER, 2017; DANTAS, 2007). Todos os seres humanos estariam em algum lugar entre os polos imaginários de bem-estar total e doença total. O foco deve ser dado, segundo o autor, a como uma pessoa se movimenta em direção ao polo saudável (LINDSTROM & ERIKSSON, 2005; ERIKSSON, 2017):

Mesmo o totalmente robusto, o indivíduo energético, livre de sintomas, ricamente funcional tem a marca da mortalidade: usa óculos, tem momentos de depressão, caiu com uma gripe e também pode ter células malignas ainda não detectáveis. Mesmo o cérebro e as emoções do paciente terminal podem estar totalmente funcionais. A grande maioria de nós está em algum lugar entre os dois polos. A prioridade no serviço de saúde é justamente dada àqueles que estão mais doentes no continuum. (ERIKSSON, 2017, p.93 - tradução nossa)

De acordo com Antonovsky, trata-se da capacidade dos indivíduos de compreender a situação e usar os recursos disponíveis para uma adaptação, procurando um significado para caminharem em direção a promoção da saúde. Portanto, o importante é se concentrar no que desloca esse indivíduo em direção ao polo da saúde nesse continuum, independente de onde ele foi localizado inicialmente. (VINJE et al., 2017). Antonovsky resume esse seu entendimento no prefácio de seu livro *Health, Stress and Coping* (1979):

Estou persuadido de que a orientação salutogênica, que pensa em termos do mistério do movimento em direção ao polo do bem-estar do continuum bem-estar/mal-estar, é uma abordagem significativa e radicalmente diferente ao estudo da saúde e da doença da orientação patogênica. (ANTONOVSKY, 1979, prefácio xiv-xv – tradução nossa).

Esse continuum pode ser explicado através da representação abaixo, elaborada por Lindstrom, Eriksson e Wikstrom (Lindström & Eriksson, 2010) com base no entendimento de Antonovsky sobre o continuum ease/dis-ease (Antonovsky, 1979; 1987). Ela explica a visão salutogênica sobre estresse e enfrentamento, a essência do *continuum*:

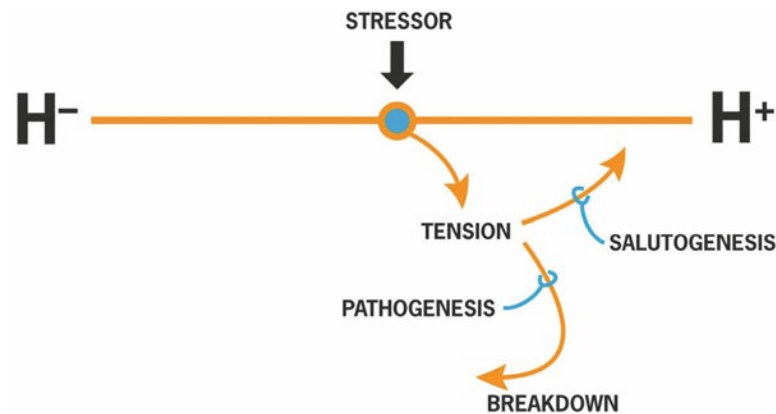


Figura 1: Representação do Continuum Ease/Dis-ease. Elaborada por Bengt Lindstrom, Monica Eriksson, Peter Wikstrom (Lindstrom & Eriksson, 2010), com base em “The ease/dis-ease continuum” (Antonovsky, 1979, 1987). In: ERIKSSON, 2017, p. 93.

A figura ilustra a ideia de que estamos, a todo momento, expostos a mudanças e situações que podem ser entendidas como estressores, seja o adoecimento de um familiar ou a exposição a um desastre. Ao mesmo tempo em que essas situações podem diminuir a saúde por um tempo, também podem fortalecê-la a longo prazo, trazendo capacidade de adaptação ao estresse. Como mostra a Figura 1, as três reações e resultados possíveis do estresse são: a neutralidade diante dos estressores; a capacidade de controlar o estresse a partir de um movimento em direção à saúde ou ser incapaz de controlar o estresse, levando a um colapso (*breakdown*), manifestada em termos de doenças e morte. (ANTONOVSKY, 1987). Quando se trata de *dificuldades cotidianas* que não interessam tanto ao indivíduo, como nomeia Antonovsky, o autor acredita que haja uma neutralidade natural, já que não afetam de forma significativa o indivíduo. Porém, quando se trata de eventos que o sujeito não consegue administrar, as possibilidades são a doença ou uma mobilização de recursos (internos e/ou externos) disponíveis, possibilitando o enfrentamento e combate a situação vivenciada e o movimento em direção à saúde. Importante frisar que o autor compreende a saúde, assim como Canguilhem, como uma norma social, ou seja, o indivíduo estaria imerso na concepção de saúde estabelecida socialmente. (ANTONOVSKY, 1972; ERIKSSON, 2017; ANTONOVSKY, 1987).

Antonovsky levantou críticas à teoria cognitiva de Lazarus (LAZARUS & FOLKMAN, 1984) sobre estresse e enfrentamento justamente porque entendia que a mesma estava pautada na ideia de uma vida em equilíbrio, em homeostase, e que uma

desordem danificaria esse equilíbrio, afetando a saúde e o bem-estar. Uma visão patogênica da vida. O controle é um aspecto considerado relevante nessas teorias que abordam estresse e enfrentamento. Ao contrário dessa visão, Antonovsky defendia a capacidade de uso de recursos generalizados de resistência pelo indivíduo, sejam eles internos ou externos, e que estariam disponíveis: “*O ponto de partida real, segundo Antonovsky, é que a vida é um caos em que devemos nos relacionar constantemente com a mudança*”. (ERIKSSON, 2017, p.93 - tradução nossa).

Como vimos, o enfoque de Antonovsky não está nos estressores, mas sim nos recursos de enfrentamento. Sendo os estressores elementos onipresentes, ele entende que os mesmos não devem ser avaliados como algo ruim, bem como suas consequências não precisam ser avaliadas como necessariamente patogênicas. As doenças, apesar de não serem o foco do autor, não seriam causadas pelo estresse e sim pela falta de manejo e capacidade de enfrentá-lo, ou seja, a não utilização dos recursos de resistência disponíveis. Essa é a compreensão do processo saúde-doença na perspectiva salutogênica. A tensão, como mostrada na Figura 1, seria a resposta individual ao estressor, que a depender das características desse último e da compreensão e significância dada pelo indivíduo a ele, pode ser, inclusive, classificá-lo como positivo (DANTAS, 2007; MITTELMARK et al., 2017; ERIKSSON e LINDSTRÖM, 2008).

Destacamos um ponto importante. Quando Antonovsky, ao apresentar a filosofia de vida salutogênica, declara que a *entropia* (desordem) representa a norma, e não a exceção ao longo da vida, e que as experiências de doença devem ser entendidas como necessárias à condição humana, levanta uma dúvida acerca do polo mal-estar/doença. O colapso (*breakdown*) no processo de adaptação seria o sinônimo de doença ou simplesmente uma descrição de uma experiência subjetiva do indivíduo quando não se sente bem? Essa questão não fica clara, segundo alguns estudiosos do modelo salutogênico (VINJE et al., 2017). O que se pode deduzir, segundo esses autores, é que a doença ou enfermidade é algo que transcende uma patologia específica, podendo o indivíduo experimentar desconforto e/ou enfermidade sem ser diagnosticado com uma doença. (idem, 2017).

3.3.2 Promoção da saúde no modelo salutogênico

No Modelo Salutogênico de Saúde, as formas de se promover saúde são ex-

plicadas através dessas concepções: 1) o entendimento da saúde como um *continuum* em direção à saúde, e não como uma dicotomia entre sujeitos doentes e saudáveis (o senso de coerência é apresentado como uma variável importante na proteção desse movimento); 2) perspectiva holística do indivíduo, que ultrapasse o foco no diagnóstico e entenda o sujeito a partir de sua história; 3) a de que a saúde não se restringe a poucos fatores de risco, mas ao aumento de “*fatores salutare*”, ou fatores promotores de saúde (ANTONOVSKY, 1996a); e 4) perspectiva dos estressores como podendo ser patogênicos, neutros ou salutogênicos, a depender da forma com que são compreendidos e enfrentados. Considera o caráter reabilitador da salutogênese. (VINJE et al., 2017).

No que tange a identificação de recursos salutogênicos para a promoção da saúde, Marçal et. al. (2018) mostram em seu artigo de revisão integrativa sobre a teoria salutogênica na pesquisa em saúde, que grande parte dos estudos levantados no período de 2008 a 2017, abordam o desenvolvimento de habilidades individuais, com enfoque na Educação em Saúde. Esses estudos exploram como a Teoria da Salutogênese compreende as potencialidades dos sujeitos para se manterem saudáveis, corroborando a concepção de saúde apresentada na Carta de Ottawa, que a compreende como um recurso para a vida. Empoderamento, apoio social, autoestima, práticas de promoção da saúde inseridas no trabalho de equipes da Atenção Primária à Saúde, terapias alternativas (ou integrativas, como têm sido chamadas pelo SUS), autonomia dos sujeitos e capacidade de gerenciamento para escolhas conscientes foram identificados como recursos salutogênicos de promoção da saúde nos estudos levantados pelas autoras na revisão. De forma geral, a compreensão de saúde a partir da perspectiva salutogênica passa necessariamente pelo reconhecimento de que ela é o resultado da adaptação dos indivíduos às adversidades, a partir de escolhas conscientes e da autonomia. (MARÇAL et. al., 2018).

Cabe destacar que a abordagem salutogênica mostra-se alinhada aos temas e princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), especialmente em relação ao papel dos determinantes sociais na conformação do senso de coerência e na adoção de práticas consideradas como promotoras de saúde e qualidade de vida. Como vimos, a Política traz o componente *qualidade de vida e estilos de vida saudáveis* como integrantes do conjunto de práticas e pressupostos sobre promoção da saúde. (MARÇAL, 2018; SALSI et.al., 2013; BRASIL, 2006, 2015).

A literatura sobre o modelo salutogênico é considerada escassa, muito em função da morte de Antonovsky, quinze anos após a publicação de sua primeira obra voltada para esse tema. Quanto às produções sobre a temática dos desastres, encontramos poucas, mas que serão mencionadas durante este estudo. Como sublinham Mittelmark & Bauer (2017), “*as principais profissões e disciplinas da saúde ainda precisam ser fortemente tocadas pela salutogênese, mesmo se Antonovsky estivesse profissionalmente situado em uma escola de Medicina durante todos os anos em que desenvolveu a salutogênese*”. (MITTELMARK & BAUER, 2017, p. 8 – tradução nossa). Numa tentativa de reunir os principais estudos pelo mundo que se utilizam da abordagem salutogênica, foi publicado em 2017 o *The Handbook of Salutogenesis*, que em seus quase cinquenta capítulos fornece ao leitor um panorama completo sobre as origens do modelo, pesquisas que se apoiam nessa abordagem, limitações e recomendações de estudos para o enriquecimento do campo. Esse material ajudou a construir as discussões desta tese. (MITTELMARK et al. (eds.), 2017).

Segundo os autores do Handbook, ainda não houve uma penetração do Modelo nas Ciências Sociais ou na Medicina, e apesar de haver pesquisas e evidências pelo mundo, muitos estudiosos se afastam das ideias principais da abordagem por se fixarem na generalização da orientação salutogênica, e menos em aspectos que merecem ser estudados. Como exemplos desses aspectos do Modelo considerados negligenciados pelos autores do material, destacam-se: 1) as origens do senso de coerência; 2) outras respostas à questão salutogênica para além do senso de coerência; 3) definição de saúde como algo diferente da ausência de coerência; e 4) processos que ligam o senso de coerência e saúde. (MITTELMARK et al. (eds.), 2017). Avaliamos que o presente estudo traz contribuições para alguns desses aspectos mencionados.

Um dos capítulos do Handbook, é do autor português Luís Saboga-Nunes, pesquisador do Centro de Pesquisas em Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, em Portugal. O autor é um dos pioneiros na tradução dos textos de Antonovsky e do Modelo Salutogênico para a língua portuguesa. Faz críticas às traduções equivocadas dos termos apresentados por Antonovsky, a quem teve a oportunidade de conhecer em Lisboa em 1994. Nesse sentido, destacamos o cuidado neste estudo em preservar e mencionar os termos originais em inglês quando traduzidos em alguns trechos e, também, em fazer referência aos termos usados em português e já considerados validados nesta língua, como por exemplo os usados no *Questionário de Orientação à Vida*

(SABOGA-NUNES, 1999) e escalas sobre senso de coerência aplicadas no Brasil, como a apresentada na tese de doutorado de Dantas (DANTAS, 2007). Segundo Saboga-Nunes, atualmente diversos programas de formação em saúde em Portugal já se utilizam do modelo salutogênico, além de outros países de língua portuguesa, como o Brasil, sendo visto não mais com suspeita, mas como um paradigma legítimo de pesquisa e intervenção em saúde nesses países. (SABOGA-NUNES, 2017).

O *Questionário de Orientação à Vida*, validado nos países de língua portuguesa, indicou a forte relação do senso de coerência com a administração do estresse, saúde mental e física no contexto português. Ou seja, produziu novas evidências da importância desse fortalecimento do senso de coerência para que as pessoas lidem de forma saudável com o estresse decorrente de fatores psicossociais e potencialmente traumáticos. Além disso, a pesquisa portuguesa evidenciou a importância do conceito de *recursos generalizados de resistência* (*generalized resistance resources*), para a capacidade de enfrentamento do estresse, mostrou que um forte senso de coerência ajuda na direção à saúde no *continuum Ease/Dis-ease* (traduzido como “*continuum funcional/disfuncional* nos textos de Saboga-Nunes) e que sendo fraco, o senso de coerência relaciona-se com a má gestão da saúde. (SABOGA-NUNES, 2017; SABOGA-NUNES, 1998). Segundo esse autor, o senso de coerência “*tomado como uma variável independente e não como um instrumento para avaliar a saúde, é fundamentalmente composto por fatores sociais. É definitivamente um instrumento de análise que nos permite ver a saúde como algo mais global*”. (idem, 2017, p. 419 – tradução nossa).

Para finalizarmos as discussões específicas deste tópico, ressaltamos que as estratégias de promoção da saúde embasadas nesse modelo que são observadas atualmente por alguns autores, exploram os determinantes sociais da saúde, foco no apoio social e no senso de coerência, como programas de Educação em Saúde sobre as dimensões motivacionais do senso de coerência. (ILONA KICKBUSCH, 2017). Illona Kickbusch chama a atenção para o fato de que intervenções salutogênicas são realizadas em um sistema que ainda está pautado no modelo biomédico, focado na patogênese, e que por vezes faz interpretações equivocadas sobre o que, de fato, é promover saúde. Ela cita como exemplo programas de prevenção de doenças pautados na distribuição de fatores de risco como forma de promover saúde, sendo considerados salutogênicos. É preciso entender a essência da orientação salutogênica. (idem, 2017).

A salutogênese, apesar de apontar uma dimensão individual ao falar do senso

de coerência, mostra que o mesmo é conformado pelos *recursos generalizados de resistência*, que incluem o fortalecimento da coesão social, das relações do sujeito com o meio, dos recursos materiais e sociais que dispõem, dentre outros aspectos. Ou seja, o senso de coerência é fortemente influenciado pela força coletiva e social. Defendem um componente biológico, particularizado, que favorece essa força do senso de coerência, mas também o componente relacional e de integração social. Quanto ao conceito de resiliência, que sabemos ser passível de muitas críticas pela sua abrangência e natureza subjetiva, está sendo utilizado neste estudo para estabelecer uma linguagem comum no campo da Redução de Risco de Desastres (RRD). No entanto, reconhecemos seus limites na compreensão mais ampla das dimensões da saúde nesses contextos.

3.4 Resiliência

Apesar de o termo resiliência estar associado a múltiplas dimensões, pode ser entendida, em linhas gerais, como a capacidade de adaptação a condições novas, que não estavam postas anteriormente. Essa nova condição, seja ela adversa ou não, implica numa reação daquele que a vivencia. Acreditamos que a resiliência é um conceito importante neste estudo porque é utilizado no campo da Redução de Riscos de Desastres (RRD), remetendo às capacidades individuais e comunitárias. E em contextos de desastre, pessoas e comunidades são inevitavelmente atravessadas por rupturas, em seus mais diversos níveis e dimensões. Para se promover um apoio psicossocial efetivo é necessário saber como promover e estimular comunidades e indivíduos resilientes, seja através de políticas de prevenção, na resposta ou na fase de reabilitação.

Embora um conceito muito utilizado na atualidade, existe uma certa confusão em sua aplicabilidade. Como raízes em diversos campos epistemológicos, uma grande parte dos pesquisadores atribui a origem do termo à Ecologia ou à Física. Na primeira sendo usado para descrever a adaptação de sistemas complexos a mudanças e choques. Na Física o termo resiliência explica a resistência da matéria a uma força ou choque, como no caso de uma mola, que mesmo sob pressão volta ao seu estado original. No entanto, esse termo é utilizado em diversos campos e disciplinas, sempre tendo como entendimento comum a ideia de adaptação a mudanças. (kayaconnect.org; RAFALOSKI, 2017).

Uma perspectiva de compreensão da resiliência que nos chamou a atenção

pela amplitude de variáveis consideradas foi a apresentada no livro “*Principles for Building Resilience: Sustaining Ecosystem Services in Social-Ecological Systems*” (BIGGS et al., 2015), publicado pela Universidade de Cambridge em parceria com o Stockholm Resilience Centre⁵. A resiliência é definida como “*a capacidade de um sistema, seja ele um indivíduo, uma floresta, uma cidade ou uma economia, para lidar com a mudança e continuar a se desenvolver*”. (www.stockholmresilience.org). Trata-se da capacidade de absorção e reorganização, mantendo sua essencialidade e função precípua, as mesmas bases. Com base numa perspectiva do campo da Ecologia, da ideia de que vivemos numa sociedade globalizada onde os ecossistemas e pessoas são configurados entre si, a partir da interação entre eles, os autores apresentam sete princípios para a construção da resiliência, como uma forma de gerenciar melhor essa interação entre pessoas e a natureza quando atravessadas por situações inesperadas. Eles chamam de *sistemas ecológicos sociais* ou *sistemas sócio ecológicos*.

De acordo com o livro, os sete princípios para construção da resiliência em sistemas sócio ecológicos, são: manutenção da diversidade e redundância; gerenciamento da conectividade; gerenciamento de variáveis lentas e feedbacks; incentivo aos sistemas complexos de adaptação; incentivo a aprendizagem; participação e promoção da governança policêntrica. (www.stockholmresilience.org/applying-resilience). Eles serão descritos a seguir:

Manutenção da diversidade e redundância → Perspectiva de que sistemas sócios ecológicos com múltiplos componentes são mais resistentes. A diversidade e a redundância (mecanismos desempenhando as mesmas funções) permitem a compensação de um pelo outro diante de uma falha ou perda;

Gerenciamento da conectividade → Podendo ser positiva ou negativa, a conectividade pode, por um lado, favorecer uma recuperação mais rápida, e por outro, quando em excesso, a propagação de desordens no sistema;

Gerenciamento de variáveis lentas e feedbacks → As variáveis lentas de um sistema sócio ecológico precisam ser gerenciadas, pois quando excedem a capacidade de

⁵ O Stockholm Resilience Centre é uma organização internacional da Universidade de Estocolmo, na Suécia. Atua na área de pesquisa transdisciplinar para a governança de sistemas sócio ecológicos, com ênfase na resiliência. - STOCKHOLM RESILIENCE CENTRE. **What is resilience?** Disponível em: <http://www.stockholmresilience.org/research/research-news/2015-02-20-what-is-resilience.html>. Acesso em 20 abril. 2018.

gerenciamento, podem comprometer a interação e sua configuração. Os feedbacks têm papel no reforço ou no enfraquecimento de mudanças;

Incentivo aos sistemas complexos de adaptação → Promover sistemas complexos significa aceitar as múltiplas conexões em diferentes níveis que ocorrem no sistema sócio ecológico, inclusive imprevistos e incertezas. É reconhecer as inúmeras perspectivas que o configuram;

Incentivo a aprendizagem → Necessidade de rever constantemente o conhecimento adquirido no sistema e estimular mais aprendizado e processos colaborativos;

Participação → Ampliar a participação favorece o bom funcionamento do sistema e cria confiança no que é compartilhado, importantes aspectos para uma ação coletiva;

Promoção da governança policêntrica. Interação entre diversos órgãos ajuda no apoio às ações coletivas em tempos de mudança. Mas também pode gerar tensões entre si, já que inclui vários dispositivos diferentes. (BIGGS et al., 2015 – Tradução nossa).

Apesar de amplos, é preciso que se leve em conta na aplicação desses princípios, a localidade, a forma de aplica-los e o contexto de forma geral. (STOCKHOLM RESILIENCE CENTRE – Disponível em: www.stockholmresilience.org).

Stephen Carpenter, professor do Departamento de Zoologia da Universidade de Wisconsin, apresenta o conceito de resiliência de forma genérica, mas que nos ajuda a compreendê-lo. Ele diz que os cientistas, de uma maneira geral, falam de pelo menos três propriedades inerentes à um sistema resiliente: capacidade de resistência a um choque sem a perda de suas funções básicas; capacidade de adaptação a mudanças e circunstâncias e capacidade de transformar em um modo de vida diferente quando o atual modo não for mais viável. Ou seja, ele fala das capacidades de enfrentamento, adaptação e transformação. (kayaconnect.org – Material digital do curso online Global disaster risk reduction and management pathway).

O conceito de resiliência tem perpassado diversas disciplinas e campos epistemológicos nos últimos anos, com diferentes perspectivas, mas traços em comum. Não se observa um consenso em relação a sua definição. Muitas dessas compreensões

buscam identificar fatores de risco e protetores que contribuam para a adaptação, oferecendo bases para programas de intervenção, em especial na área de saúde mental. As ciências humanas, de forma geral, entendem a resiliência como a capacidade dos indivíduos se estabelecerem de forma positiva frente a adversidades. E nesse sentido, identificar esses fatores de proteção auxilia n enfrentamento das adversidades e, conseqüentemente, no desenvolvimento saudável dos sujeitos. Observa-se que em alguns campos e espaços a utilização do termo é ainda recente, sendo empregado de forma mecânica e determinística em muitos casos. Atualmente, busca-se, de uma maneira geral, pensar na resiliência como um estado dinâmico e com plasticidade, e não como algo determinado. Procura-se incluir diversas dimensões que considerem as condições sociais, por exemplo. A partir de 1990, estudiosos reconhecem a resiliência como um componente do desenvolvimento do ser humano e que o uso de sua terminologia era muitas vezes equivocava por naturalizar a funcionalidade da resiliência. (NORONHA, 2009).

A resiliência é um conceito que será discutido nessa investigação na perspectiva da promoção da saúde em meio à adversidade de um desastre. Pretende-se compreender a partir desse conceito, como um indivíduo ou um coletivo de pessoas atravessam um evento devastador promovendo sua saúde dentro das possibilidades existentes. A partir da experiência de profissionais de saúde atuantes em desastres e da literatura existente, apresentaremos neste estudo o que tem sido observado enquanto recursos mobilizadores e que potencializam a superação e o atravessamento nessas situações, seja pelo indivíduo em sua particularidade, seja à nível comunitário.

No artigo de Birhanu et al. (2017) sobre as dimensões da resiliência e estratégias de adaptação ao impacto das secas de Borana, na Etiópia, os autores explicam que a resiliência pode ser compreendida como a capacidade de suportar ou absorver um choque repentino ou crônico; lidar com interrupções temporárias, minimizando os danos e custos de perigo; restauração após um evento; gerenciamento ou manutenção das funções e estruturas básicas para se tornar apto para situações futuras (BIRHANU et al. 2017).

Como define muito bem Boris Cyrulnik (2001), tendo como referência sua própria experiência de vida em um campo de concentração, “*a resiliência é a arte de navegar nas torrentes*”. Ele explica essa metáfora: Uma vez caindo em uma torrente e estando sendo arrastado, utilizam-se os recursos internos que se encontram mergulhados na memória. Cyrulnik completa esse entendimento dizendo que a pessoa luta para

não ser influenciada pela inclinação natural dos traumas, caminhando sempre, até uma mão estendida lhe oferecer um recurso externo, uma relação emocional. A aquisição de recursos internos deu ao resiliente a confiança e a alegria que o caracterizam. Segundo o autor, essas habilidades são mais facilmente adquiridas na infância (CYRULNIK, 2001, p. 213).

Essa perspectiva apresentada por Cyrulnik traz uma intercessão com os princípios da salutogênese, tanto o senso de coerência como os recursos generalizados de resistência. Acreditamos que a identificação e potencialização desses recursos, sejam eles individuais ou comunitários, é uma forma de pensar estratégias para uma intervenção integral e eficiente em situações de desastre. Essas estratégias seriam, no nosso ponto de vista, um recurso para fortalecimento da resiliência e do senso de coerência, minimizando danos, evitando novos danos e promovendo saúde. Trata-se de um recurso preventivo e fundamental na gestão e redução de riscos de desastres.

Quando se trata de resiliência comunitária, para que ela se dê de forma integral, os esforços para seu fortalecimento precisam considerar os indivíduos que ali estão inseridos nos níveis individual, familiar, comunitário e social. É necessária uma compreensão completa dos desafios e dimensões de resiliência próprios do contexto, incluindo os fatores de vulnerabilidade. BIRHANU et al (2011) esclarecem que há uma compreensão crescente nos últimos anos de abordagens inovadoras para fortalecimento da resiliência, como por exemplo, a da Resilient African Network (RAN)⁶ (BIRHANU et al., 2011).

Além desses aspectos, consideramos importante fazer menção ao conceito de Adversity-Activated Development (AAD), formulado pelo psicólogo Renos Papadopoulos (PAPADOPOULOS, 2007) e que tem sido frequentemente vinculado aos estudos sobre resiliência. Apesar do conceito se associar aos estudos sobre trauma, consideramos relevante mencioná-lo pela forte presença em artigos científicos na área da saúde mental e resiliência, inclusive nos desastres. Segundo esse autor,

⁶ ResilientAfrica Network (RAN) é uma parceria de 18 universidades africanas em 13 países, lançada em novembro de 2012. É liderada pela Universidade Makerere com a iniciativa de fortalecer a resiliência de comunidades africanas e ampliar as inovações das diferentes universidades. Trata-se de um laboratório de desenvolvimento que aplica ciência e tecnologia para fortalecer a resiliência das comunidades contra os estresses naturais e provocados pelo homem. (<http://www.usaid.gov/GlobalDevLab>). É liderada pela Universidade Makerere em Kampala, Uganda e a secretaria está localizada na Escola de Saúde Pública da Universidade Makerere. (Fonte: Resilient Africa Network. Resilience Innovation Challenge for Adverse Climate Effects: Eastern Africa Resilience Innovation Lab. Disponível em: <http://grants.ranlab.org/wp-content/uploads/2014/07/RIC4ACE-ROUND-1-CALL.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2017).

É possível desenvolver atributos em resposta a traumas que permitam não apenas a sobrevivência, mas também o autoaperfeiçoamento. Este conceito importante foi denominado Crescimento Pós-Traumático (CPT) ou Desenvolvimento Ativado por Adversidade (DAA). (...) para enfatizar o componente de desenvolvimento de enfrentamento e recuperação. A obtenção do DAA pode estar relacionada a aceitação, senso de coerência (ou crença de que obstáculos podem ser gerenciados e que a vida é significativa com lições a serem aprendidas), e um senso de conexão (relações especiais com os pares, família e equipe médica). (KAISAR et al. 2012, p. 5 – Tradução nossa).

Apesar do autor partir da visão de que o sujeito já possui um trauma e a partir dele desenvolve atributos para o enfrentamento, diferente das visões que apresentamos até aqui, em seu livro *Refugees, trauma and Adversity-Activated Development* (2007), ele propõem que a resposta de refugiados à adversidade não seja necessariamente a do trauma, mas que inclua a resiliência e a AAD como formas de enfrentamento. O conceito de Adversity-Activated Development (AAD), bem como sua relação com o conceito de resiliência, não serão aprofundados nesta tese. Foi referenciado devido a sua projeção em alguns estudos sobre resiliência e desastres.

Dada sua relevância na redução de riscos de desastres, apresentaremos a seguir a definição de resiliência constante no Glossário da Estratégia Internacional para Redução de Desastres, das Nações Unidas (EIRD, ou UNISDR na sigla em inglês): “*A capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade exposta a uma ameaça de resistir, absorver, adaptar e se recuperar de seus efeitos de maneira oportuna e eficaz, incluindo a preservação e restauração de suas estruturas e funções básicas*”. (UNISDR, 2009, p.28 – tradução nossa). O documento complementa essa definição, explicando que resiliência também expressa a capacidade de “resistir” ou “ressurgir” de um choque (grifos do documento) e que “*a resiliência de uma comunidade em relação aos possíveis eventos que resultam de uma ameaça é determinada pelo grau em que essa comunidade possui os recursos necessários e é capaz de se organizar tanto antes quanto durante os momentos mais urgentes*”. (idem, 2009, p. 29 – tradução nossa).

Assim como a redução de riscos de desastres, a resiliência é um aspecto que deve fazer parte da configuração urbana e das estratégias para se alcançar o desenvolvimento sustentável. E para isso, a participação da população é fundamental. Pautada nas estratégias do Marco de Sendai (2015-2020), a Campanha mundial “Construindo cidades resilientes”, tem concentrado as atenções do planeta nesse sentido. O guia “*Como construir cidades mais resilientes: um guia para gestores públicos locais*”,

publicado pela UNISDR em 2012, diz que as condições de resiliência são uma meta universalmente considerada como ideal de um indivíduo, organização ou comunidade, mas que devido a diversidade de públicos dentro de uma cidade, que é muito complexa, pode ser difícil configurar a resiliência de forma alinhada, onde todos estejam voltados para os objetivos a serem alcançados. (UNISDR, 2012).

Desde a Conferência sobre Redução de Desastres em Hyogo, no Japão, em 2005, que resultou no marco de ação de Hyogo, a resiliência passou a integrar o campo da Gestão de riscos de desastres (GRD) de forma mais determinante. O aumento da resiliência, tanto de indivíduos como de comunidades, torna-se uma estratégia de enfrentamento mais explorada no contexto de desastres, estando relacionada diretamente a fatores de risco e de proteção e ações de prevenção e mitigação de riscos e danos. Nesse sentido, pode-se dizer que os estudos sobre resiliência nesse contexto, trouxeram uma visão menos fatalista e mais positiva no enfrentamento dos desastres, afastando um pouco a noção de que nada poderia ser feito nesses contextos no que diz respeito aos impactos. A resiliência mostra que comunidades vulneráveis podem, de certa forma, estar preparadas frente aos desastres, de forma a reduzir os riscos desses eventos. (LAPOLLI, 2013; UNISDR, 2005).

Por fim, entendemos como importante nesse panorama sobre resiliência nos desastres, citar a campanha difundida pelo Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres - UNISDR, sobre a construção de cidades resilientes, pautada no Marco de Sendai (UNISDR, 2015). A campanha global, intitulada “*Construindo cidades resilientes: Minha cidade está se preparando*”, é uma iniciativa da ONU para promover a gestão local de riscos de desastres. Ela apresenta dez passos essenciais para alcançar cidades resilientes: 1) organizar-se para a resiliência antes do desastre; 2) identificar, compreender e utilizar os cenários de risco atuais e futuros; 3) fortalecer a capacidade financeira para melhorar a resiliência; 4) promover um desenvolvimento e um desenho urbano resilientes; 5) proteger as áreas naturais de amortecimento para melhorar a função de proteção proporcionada pelos ecossistemas naturais; 6) fortalecer a capacidade institucional para melhorar a resiliência; 7) compreender e fortalecer a capacidade societal para melhorar a resiliência; 8) incrementar a resiliência da infraestrutura; 9) assegurar a efetividade da preparação e a resposta aos desastres; 10) acelerar a recuperação e uma melhor reconstrução. (Fonte: <https://eird.org>). Esses passos têm como objetivo promover a resiliência local e incluem: Avaliações de risco e ameaças múltiplas; proteção, melhoria e resiliência de infraestrutura; proteção

de serviços essenciais voltados para Educação e Saúde; construção de regulamentos e planos de uso e ocupação do solo; treinamento, educação e sensibilidade pública; proteção ambiental e fortalecimento dos ecossistemas; preparação, sistemas de alertas e alarme; e recuperação e reconstrução de comunidades. (UNISDR, 2012, p.3).

3.5 Cuidado integral

A opção por apresentar a perspectiva do cuidado integral ao falar das práticas psicossociais, é reforçar a importância de uma intervenção abrangente na resposta aos desastres. Considerar o cuidado integral expressa a relevância que este estudo dará às diversas dimensões do cuidado e a integralidade das ações de assistência, considerando também as vulnerabilidades a que determinados grupos estão expostos. Intervir globalmente (nos níveis individual, familiar, comunitário, social, institucional) e nas dimensões psicológica, social, espiritual e simbólica, favorece a construção e fortalecimento da resiliência e conseqüentemente a promoção da saúde.

Um aspecto que chama a atenção e que será discutido neste tópico diz respeito às conseqüências de uma intervenção fragmentada. Reconhecemos que romper com essa fragmentação não é tarefa fácil, especialmente porque isso se dá por conta de disputas de poder em diversos níveis e também por entraves na comunicação. E mesmo quando se consegue uma comunicação mais fluida, não necessariamente essa integração estará dada. Mas o que deve estar sempre em mente e no atravessamento das ações é a busca por essa integração, comunicação, com vistas a um cuidado integral. Dentre os prejuízos de uma atuação fragmentada, podemos destacar, por exemplo, a duplicação de ações, a revitimização, custos desnecessários e, em última análise, situações de violência institucional. Entendemos que a não observância de determinados aspectos nas ações de resposta em desastres e a conseqüente sobreposição de riscos é uma forma de violência institucional.

Nesse sentido, o estudo procura identificar essas carências e falhas na concretização de uma intervenção integral, para combatê-las e sugerir caminhos.

Os termos *integral* e *integralidade* têm sido predominantes nas Políticas de saúde e assistência, indicando a perspectiva de cuidado que se deseja alcançar nos serviços. Especificamente na área da saúde, observa-se que os dispositivos da Atenção Primária têm sido considerados os espaços mais privilegiados para a prática dessa integralidade. (CARNUT, 2017; BRASIL, 2011). A integralidade na promoção da

saúde, através da atenção e do cuidado, é uma estratégia de produção de saúde que leva em conta as potencialidades e as especificidades, tanto dos indivíduos como das coletividades. Através de uma escuta qualificada, tanto dos usuários dos serviços como dos profissionais, entende-se que é possível promover um cuidado que ultrapasse a visão do adoecimento, compreendendo-os a partir de suas histórias e condições de vida. (BRASIL, 2015). Além disso, para que haja de fato a integralidade, é preconizado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a necessidade de se estabelecer uma relação com as demais políticas públicas. No âmbito do setor saúde, a PNPS destaca: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (Participa SUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT (BRASIL, 2015; 2006b, p.8).

A perspectiva do cuidado integral está alinhada com a incorporação do conceito ampliado de saúde, instrumentalizado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990). Esse conceito ampliado abrange as diversas dimensões da saúde, dos sujeitos e das coletividades, também buscando superar a compreensão de saúde como ausência de doença e localizada em aspectos biológicos. Faz-se necessário, dentro dessa concepção ampliada, atuar de forma multidisciplinar, integrada e articulada através de redes de cuidado e com diferentes atores. (BRASIL, 2015).

A Lei 8.080/90 traz o conceito de integralidade como possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema e a integração de ações de prevenção. (BRASIL, 1990). Observamos que essa concepção foi sendo aprimorada nas políticas que se seguiram. Como aponta Carnut (2017), no âmbito do SUS a integralidade constitui-se como um dos seus princípios e diretrizes e é estruturante do SUS, por representar de forma concreta essa forma de compreensão do ser humano. Para o autor, “*a integralidade é uma forma de ampliar o olhar dos profissionais para além da lógica da ‘intervenção pura’, tentando alcançar os contornos do que se compreende como ‘cuidar’, no âmbito da construção dos serviços de saúde*”. (CARNUT, 2017, p.1180).

A compreensão sobre integralidade foi sendo ampliada e considerando outras dimensões ao longo dos anos, aumentando com isso a responsabilidade do sistema de

saúde na prestação dos cuidados. Como refere a PNPS:

A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2015; 2006b, p.12).

Como já mencionamos nesta tese, a Política de Humanização também favorece muito a consolidação desse cuidado integral. Estratégias de humanização têm sido importantes nesse sentido, como a própria clínica ampliada e através de uma escuta qualificada. A clínica ampliada busca considerar o sujeito na dimensão biopsicossocial, extrapolando a compreensão do sujeito restrita nos sintomas e diagnósticos, entendendo que os mesmos são a expressão de uma dinâmica maior, que deve ser considerada e identificada. (CARNUT, 2017; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2013a; MATTOS, 2013). Além da clínica ampliada, Carnut (2017), cita o acolhimento como estratégia para uma prática dita integral, incluindo o afeto, vínculos e a escuta qualificada. Segundo o autor, quando esses elementos se congregam,

Pode-se identificar claramente a articulação entre o acolhimento e a integralidade, no conceito de linhas de produção de cuidado, nas quais a integralidade do cuidado (compreendida como acesso do usuário a todos os níveis do sistema) perpassa a rede de atenção, através da qual o usuário – portando seu Projeto Terapêutico Singular (PTS) – é guiado (conceito de usuário-guia), no itinerário terapêutico, pelos serviços, e cujo acesso (enquanto domínio ampliado – desde a identificação da necessidade de saúde até a continuidade do cuidado) requer a acolhida desse usuário, por onde quer que ele passe (CARNUT, 2017, p.1182).

Nesse sentido, fazemos uma ressalva quanto ao risco de se compreender o acolhimento e o afeto como estratégias. Tais aspectos não devem ser entendidos, em nosso ponto de vista, como meros elementos práticos e técnicos, levando ao risco de transformarmos valores e relações em meros componentes técnicos para exucação de um trabalho dito integral.

Carnut (2017) levanta um questionamento se o próprio conceito de atenção primária pode ser considerado integral, que após a Política de 2011 passou a ser chamada de *Atenção Básica à Saúde*. Segundo ele, a atuação multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), já tem por finalidade uma reorganização de trabalho

baseada no cuidado integral. Foram incorporados ao longo desses últimos anos práticas de cuidados específicos considerando todos os ciclos de vida. A criação dos NASF (Núcleo de apoio à Saúde da Família), também reforça essa busca por expandir o conceito de integralidade no cuidado, segundo o autor. A lógica do NASF e dos outros serviços da Atenção Básica à Saúde é de um trabalho matricial, caracterizado pela identificação das demandas e necessidades epidemiológicas e encaminhamento para os profissionais e serviços mais indicados, reorganizando os fluxos. Fazendo referência à Giovanella (2008), o autor diz que a mesma observa limites para o cuidado integral, mesmo com todos os avanços de perspectivas e adoção dessas práticas nos últimos anos. Para Giovanella, o modelo de proteção social juntamente com a forma de universalidade prestada de fato pelo SUS (parcela mais pobre da população é quem se utiliza de seus serviços), compromete a concepção de integralidade. A autora cita a precarização dos vínculos, cortes de gastos no setor saúde e o pouco número de profissionais como alguns exemplos de situações que colocam em risco a integralidade. (CARNUT, 2017; GIOVANELLA, 2008).

4 CAPÍTULO 3: AS AÇÕES DE RESPOSTA DO SETOR SAÚDE FRENTE AOS IMPACTOS DOS DESASTRES

Levando em conta que os desastres impactam direta, indireta e significativamente a saúde das populações, acreditamos ser importante apresentar neste estudo como o setor saúde tem se organizado no Brasil e no mundo para responder aos desastres. Os impactos na dimensão psicossocial, foco deste estudo, geram incontáveis prejuízos à saúde, seja a nível individual, coletivo ou mesmo institucional.

Em nosso levantamento de publicações técnico-científicas sobre as ações de resposta do setor saúde frente aos desastres, identificamos que os principais assuntos se pautam notadamente sobre o planejamento e preparação para os desastres, com vistas a melhoria na capacidade de resposta dos serviços de saúde, redução dos impactos e dos riscos de exposição da população, gestão de medicamentos (assistência farmacêutica), gestão ambiental, importância de respostas integradas e da articulação entre diversos setores, constatação de que há maior impacto dos desastres nos países com menores níveis de desenvolvimento econômico e social e importância da construção de resiliência individual e comunitária para o enfrentamento desses eventos.

Esses aspectos têm permeado as principais discussões acerca do papel do setor saúde diante de situações calamitosas e, apesar do arcabouço legal internacional que preconiza as ações mais adequadas diante dos desastres, cada país tem se organizado de acordo com seus sistemas de saúde característicos para traçar suas estratégias de enfrentamento.

Sabemos que há distinções bem definidas entre os países no que concerne aos sistemas de saúde. Há países em que a governança dos serviços de saúde está pautada prioritariamente pelo setor público e em outros há uma combinação de serviços prestados a população, seja a partir de seguros de assistência privada ou articulação de órgãos públicos e privados. A partir da constituição e organização de cada sistema de saúde nacional, observamos quais as práticas mais adotadas e como as demandas são administradas em caso de desastres.

Além da particularidade dos sistemas de saúde de cada país, as nações pelo mundo, através de suas instituições de saúde, também têm instituído protocolos e organismos para amparar suas estratégias e organizar as ações de resposta aos desastres, visando minimizar os riscos e impactos sobre a saúde dos indivíduos. De acordo com o site do Centro de conhecimento em saúde pública e desastres, organizado pelo Cen-

tro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) da Fio-cruz, o foco das ações volta-se, dentre outras coisas, para a prestação de serviços de saúde, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, comunicação pública e programas de saúde. O gerenciamento do setor saúde, na maioria dos países, é de responsabilidade de um órgão vinculado ao Ministério da Saúde ou outro órgão representativo da saúde no país. Está integrado a outros setores voltados para ações em desastres e emergências e atua em todas as fases de um desastre: prevenção, mitigação, preparo, resposta e recuperação. Já nos países das Américas, observa-se que grande parte incumbe ao órgão máximo do Governo a atribuição de gerir as ações voltadas para o gerenciamento de desastres. (CEPEDES-FIOCRUZ, sem ano).

Shoaf (2014) apresenta em seu artigo sobre a organização do setor saúde para responder aos desastres, exemplos de alguns países, como os EUA, o Canadá, Brasil, Itália, entre outros. Ela mostra que o fornecimento de serviços se diferencia por conta da natureza pública e/ou privada e que os sistemas de cuidados de saúde precisam abarcar uma série de elementos, como cuidados pré-hospitalares, transporte de feridos, cuidados médicos de emergência, traumas, cirurgias, etc. (SHOAF, 2014).

Segundo a autora, o sistema de saúde pode ser nacional ou local, pode fornecer níveis básicos ou avançados de cuidados, ser baseado na comunidade ou no atendimento hospitalar, com profissionais remunerados ou voluntários. Mas seja qual for o tipo de sistema de saúde adotado em determinado país, a capacidade de resposta precisa assegurar de forma rápida e segura o auxílio necessário às vítimas, especialmente em uma situação de desastre, onde as repercussões de um atendimento indevido ou falho podem agravar a situação e deflagrar novos problemas (idem, 2014).

Nesse artigo de Shoaf, há referências à autores como Hoji et al, Safar e Bissell, que têm publicações importantes sobre os impactos dos desastres na saúde. Esses autores consideram que a falta de um atendimento adequado nos primeiros socorros às vítimas (atendimento pré-hospitalar) em alguns terremotos ocorridos no mundo, como por exemplo o que ocorreu na Armênia em 1988 e na Itália em 1980, podem ter contribuído para a alta taxa de mortalidade nesses casos. Essas análises, somadas a outras experiências e pesquisas mundiais, mostram que os cuidados médicos imediatos a um desastre evitam que lesões e doenças agudas ameacem a vida das vítimas. (ibidem, 2014).

Estudos indicam que dedicar um tempo para tratamento definitivo no socorro à múltiplas vítimas, foi demonstrado como um fator significativo na redução de lesões e

índices de mortalidade. Ou seja, num sistema responsável por receber pacientes com traumas e lesões, por exemplo, sendo ele parte de um conjunto maior de cuidados de emergência, é necessário que suas instalações e intervenções sejam realizadas de acordo com a gravidade das lesões. Isso reduz a necessidade de transferências e diminui o tempo para os tratamentos definitivos (SHOAF, 2014). Saber administrar onde acomodar as vítimas e quais os cuidados corretos para cada caso é, portanto, uma prática aconselhada mundialmente.

Evidentemente que essa dinâmica de atendimento requer uma organização e uma articulação bem alinhada. Há países, por exemplo, que contam com hospitais comunitários como assistência primária no socorro, como é o caso do Brasil, através das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento). Elas representam um nível intermediário de cuidados no tratamento de lesões menos graves e também têm como foco estabilizar alguns quadros antes de uma transferência para unidades mais complexas.

Além da importância do socorro imediato pré-hospitalar, o atendimento eficaz e especializado após a chegada da vítima em uma instituição hospitalar também é importante para o progresso de seu restabelecimento. Tais situações demandam um atendimento hospitalar já organizado e preparado para receber situações que fogem à capacidade do dia a dia, não prejudicando o atendimento habitual dos pacientes e usuários desses serviços. Dentre os serviços de saúde prestados nesse cenário crítico que é um desastre, inclui-se o trabalho voltado ao restabelecimento da saúde psicológica. As intervenções, nessa dimensão afetada, interferem no progresso dos casos e, se realizadas de forma adequada, potencializam formas saudáveis de enfrentamento de um desastre.

Levando em conta uma perspectiva de cuidado integral aos afetados por desastres, também fazem parte desse conjunto de ações de assistência o apoio psicossocial. Para além dos serviços já mencionados, reafirmamos a necessidade de considerar as dimensões social, espiritual e simbólica. Compreendemos esses níveis de cuidado como constitutivos do conjunto de ações de promoção da saúde nesses cenários. Sua realização ou ausência impactam necessariamente no progresso dos casos e, consequentemente, nos serviços de saúde.

Ampliando a perspectiva do que vem a ser ações de resposta do setor saúde, fazemos aqui referência a um projeto atual da Organização Pan Americana de Saúde, financiado pelo Reino Unido. O projeto tem como objetivo analisar a segurança de centros de saúde, tornar esses ambientes mais sustentáveis e capacitar hospitais e cen-

tros de saúde de quatro países do Caribe para serem mais resistentes aos desastres. Instituições de saúde de Dominica, Granada, San Vicente y las Granadinas e Santa Lucía estão passando por esse processo, que a OPAS chama de “*Projeto Smart*” ou “*Projeto inteligente*”, iniciado em 2012 em outros países do Caribe. Essa transformação dos centros de saúde e hospitais em locais *inteligentes*, inclui o desenvolvimento de planos de contingência para as unidades de saúde, melhoria da resiliência dessas instituições em casos de desastre, melhoria da segurança estrutural e operacional (reforço de tetos e janelas para resistirem à furacões), formas sustentáveis de utilização da água e energia, melhoria das condições de trabalho, qualidade do ar e ambientes acessíveis às pessoas com deficiência, por exemplo. Segundo a OPAS, a intenção é que cerca de 600 hospitais sejam avaliados e transformados até 2020. A segunda etapa do projeto foi iniciada em 2015 e já foram avaliados cerca de 350 hospitais e capacitados mais de 200 profissionais dos mais diversos setores. A preocupação da OPAS pela segurança de instituições do setor saúde em países da América Latina e Caribe se justifica, pois de acordo com as palavras da própria Organização, “*na América Latina e no Caribe, sete em cada dez hospitais estão localizados em áreas de alto risco de desastres, o que pode deixá-los fora de serviço em caso de um furacão, um terremoto ou uma inundação*” (OPAS, 2017).

No Brasil, o setor saúde compreende a temática dos *desastres* fundamentalmente a partir do enfoque sanitário e do fortalecimento da capacidade de atuação do Sistema Único de Saúde nas emergências de saúde pública. No entanto, corroboramos o entendimento do Cepedes⁷, da Fundação Oswaldo Cruz, quando afirma que o setor saúde é mais abrangente, incluindo não só instituições públicas, mas instituições privadas, de educação e pesquisa em saúde, sociedade civil e organizações voltadas ao abastecimento de água e saneamento. Juntas, as diversas instituições do setor saúde de um país, configuram um sistema nacional de saúde. Além dessa característica, ressalta-se a particularidade de cada país, que atua com base em sua organização política e administrativa próprias.

⁷ O Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes), por meio da ESNP/Fiocruz, integra o Centro Colaborador em Saúde Pública e Ambiente da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). “*O Cepedes organiza o site Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres, conectando as informações, conhecimentos e experiências de outras unidades da Fiocruz, de outras instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, de outros setores governamentais, como os Ministérios da Integração Nacional, das Cidades e do Meio Ambiente, e de entidades relacionadas ao tema nas esferas estadual e municipal*”. Fonte: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/desastres/quem-somos>. Acesso em 14 de junho de 2017.

Falar sobre o setor saúde em seu sentido mais amplo implica demarcar domínios e campos distintos, cujas práticas e finalidades se voltam para demandas e públicos também distintos. Isso significa que a análise pode se debruçar sobre os mais variados aspectos, sejam eles relacionados aos impactos da saúde numa coletividade, nas demandas no setor público e suas ações, no financiamento e gestão em saúde, na atuação do setor privado, etc. Ou seja, nas mais diversas frentes e campos disciplinares do setor saúde. Enfatizamos que o debate aqui apresentado terá como eixo central a promoção da saúde dos afetados por desastres e a importância da integralidade das ações para que essa promoção se dê, de fato. Portanto, a discussão que propomos sobre o apoio psicossocial nos desastres estará relacionada essencialmente, as consequências dos desastres na saúde e as respostas do setor frente a eles. Isso inclui as ações de saúde pública (no caso do Brasil no âmbito do SUS e dos órgãos de defesa civil), da iniciativa privada, organizações não governamentais (como instituições de assistência humanitária, por exemplo), dentre outros setores da saúde e atores sociais.

Nessa perspectiva, fazemos referência à definição do Cepedes-Fiocruz, que compreende o setor saúde como um “conjunto de valores, normas, instituições e atores, que desenvolvem atividades de produção, distribuição e consumo de bens e serviços, cujos objetivos principais ou exclusivos são promover a saúde de indivíduos ou grupos de população” (CEPEDES-FIOCRUZ, sem ano).

Frente aos múltiplos problemas gerados pela ocorrência de um desastre, entendemos que uma das funções que se colocam como fundamentais para a saúde coletiva é a redução do impacto dos desastres na saúde das populações e, conseqüentemente, no próprio setor.

Freitas et al. (2014), fazendo alusão a Narváez (2009), afirma que no âmbito da saúde pública, para que um evento seja considerado um desastre é necessária uma combinação de fatores. A saber: é necessária a existência de um evento primário ameaçador e disparador (originado pela natureza ou pela ação do homem), evento este que resulte na exposição de populações humanas, “gerando o potencial de danos e agravos à saúde” e, por fim, o impacto causado na população e sua capacidade de resiliência e resposta na redução de riscos. Somado a isso, reiteramos a relação dos desastres com os processos sociais e a representatividade dos impactos desses eventos na saúde das coletividades. Um desastre reflete as condições e relações sociais, operando como um “retrato” das vulnerabilidades sociais de uma determinada população. Como enfatiza Freitas et al (idem), numa alusão ao pensamento de Castellanos:

No âmbito da Saúde Coletiva (...) a situação de saúde corresponde a formas de concretização, no nível particular, dos processos mais gerais que caracterizam a estrutura e dinâmica de uma sociedade, em dado momento de sua história. Isto envolve por um lado, os processos sociais e econômicos (o nível de desenvolvimento das forças produtivas, as relações sociais, o modelo de desenvolvimento econômico e de sua inserção internacional, a organização do estado e suas relações políticas). Por outro lado, também os relacionados às mudanças da situação ambiental, resultantes destes processos e que desencadeiam desde alterações nos ciclos do clima e das águas, até amplos processos de degradação dos recursos naturais disponíveis. Assim, se chuvas fortes, inundações, estiagens, secas, deslizamentos e ciclones constituem fenômenos da natureza, os desastres são fenômenos sociais relacionados aos modelos de desenvolvimento social e econômico adotados (FREITAS et al, 2014a, p. 3645).

Esse entendimento vem ao encontro das problematizações levantadas até aqui. Entender essa conjunção de fatores é fundamental para o avanço dos debates e para a construção de estratégias de ação. Por trabalharmos neste estudo com o conceito de cuidado integral, julgamos ser importante apresentar a seguir os níveis de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas ações de resposta aos desastres.

A organização da esfera pública do setor saúde no Brasil, no que diz respeito à prestação de serviços de assistência e emergência, se dá através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). A SVS, no âmbito do Comitê de Monitoramento de Eventos (CME), tem por dever acompanhar diariamente os eventos de interesse de saúde pública. Esse monitoramento diário conta com a participação de outros setores da esfera pública, como as áreas técnicas da SVS e a Rede dos centros de informações estratégicas e resposta em vigilância e saúde (Rede-Cievs). Todos os níveis de assistência são ligados a SVS, que atua junto à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Essa Secretaria Executiva também coordena o Comitê Gestor da Força Nacional do SUS (CG/FN-SUS). (BRASIL, 2014).

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) foi criada através do Decreto Presidencial Nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 e regulamentada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Portaria Ministerial GM/MS Nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Essa portaria dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), demandas urgentes de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde. A ESPIN é declarada pelo Governo Federal após ser reconhecida pelo Ministro da Saúde, que para isso precisará de um parecer favorável do Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e de um requerimento do poder Executivo do estado ou município afetado (ou Distrito Federal, se for o caso). Esse requerimento precisa determi-

nar a tipologia da emergência, causada por uma situação de desastre, desassistência operacional e material ou epidemias, quando for esgotada a capacidade de resposta do estado ou município. De acordo com o tipo de caso, os gestores das secretarias do Ministério da Saúde são acionados, para definir estratégias de enfrentamento daquela emergência (Fonte: site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br). Esses documentos também enfatizam a importância de uma atuação coordenada, que inclua as organizações não governamentais envolvidas na resposta. As ações coordenadas e integradas possibilitam um fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde nesses contextos, em todas as suas instâncias.

A FN-SUS pode ser convocada pelo Ministro da Saúde: 1) em caso de declaração de ESPIN; 2) por solicitação do Comitê Gestor da FN-SUS; 3) por solicitação dos entes Federados para integrar ações humanitárias; e 4) em resposta internacional coordenada, quando solicitada pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS) e/ou Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). Quando acionada, uma equipe é deslocada para uma “missão exploratória”, onde um diagnóstico da rede de saúde local é realizado e é avaliada a necessidade de apoio com profissionais de saúde, equipamentos, etc. Atua em diferentes níveis de resposta, com orientações técnicas a distância ou presencialmente, monitoramento de pacientes, atendimentos, liberação de medicamentos, e até mesmo reconstrução da rede de atenção à saúde local. No caso de situações em que haja impacto social grave, profissionais do grupo de resposta (GR/FN-SUS) são encaminhados ao local. Dentre as atuações da FN-SUS desde sua criação, destaca-se a participação no incêndio na boate Kiss, em Santa Maria/RS. (Fonte: site do Ministério da Saúde e decreto Nº 7.616/11 (BRASIL, 2011).

4.1 Níveis de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento aos desastres

O sistema de saúde no Brasil é organizado a partir de níveis de atenção à saúde, uma determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esses níveis variam de acordo com a complexidade dos atendimentos prestados, podendo ser primários, secundários ou terciários. Salientamos que iniciativas para aperfeiçoar o modelo de atenção à saúde na perspectiva do cuidado só começaram a surgir no país na década de 2000, após a aprovação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Nessa época é que os temas da regionalização e organização da rede de serviços foram

introduzidos na agenda das políticas públicas de saúde. Antes, mesmo após os primeiros anos de implantação do SUS, a ênfase maior das políticas era a descentralização e o financiamento do sistema público de saúde. A expansão do Programa Saúde da Família (PSF), na década de 1990, começava a dar indícios das possibilidades de mudança nos modelos de atenção (SOLLA & PAIM, 2014).

A atenção primária à saúde (APS), também chamada de atenção básica, corresponde ao nível inicial de entrada de um cidadão em um sistema de saúde. É o tipo de atenção à saúde que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, básicos ou especializados, com o objetivo de promover, manter e melhorar a saúde. Ela tem mostrado uma tendência recente, que desloca o foco da doença e da cura através da figura de um médico para uma intervenção preventiva e promotora de saúde. Adota a concepção do foco na saúde e não na doença, através de ações integradas com profissionais das mais variadas áreas da saúde (CAMPOS, 2006).

O objetivo desse nível de atenção é orientar os usuários sobre prevenção de doenças, minimizar agravos e encaminhar os casos mais graves para níveis de atendimento com uma estrutura mais avançada. Ele funciona como um filtro, possibilitando uma organização no fluxo de serviços no sistema de saúde. Há diversos programas de governo no Brasil voltados para a atenção primária à saúde, como Estratégia Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras iniciativas como Consultórios na Rua, Programa Melhor em Casa, Programa Brasil Sorridente e os Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL. Portal da Saúde: www.saude.gov.br/atencao-basica).

Em uma situação de desastre, vimos que a Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), juntamente com a Força Nacional do SUS, tem um papel particular. Nesses contextos extremos em que a saúde de um determinado grupo necessita de cuidados específicos, não só os serviços de emergência e urgência e a Defesa Civil precisam estar preparados e mobilizados, mas a atenção primária também. E as Secretarias municipais e Estaduais de Saúde são as responsáveis regionais pela resposta oferecida.

Também chamada de média complexidade, a atenção secundária ou ambulatorial especializada (segundo nível de atenção), conta com áreas especializadas e tecnologias mais sofisticadas que as do nível primário. Fazem parte de sua composição as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), hospitais e outras unidades de atendimento especializado. Podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e doenças agudas. Além de possuírem aparelhos mais modernos,

podem contar em alguns casos com maiores recursos financeiros para a realização de exames complementares. Nesse nível incluem-se os serviços de urgência e emergência. Os serviços oferecidos nesse nível são considerados de média e alta complexidade e em alguns documentos do SUS são apresentados através da sigla MAC (média e alta complexidade). Diferentemente da rede de atenção básica, que está mais próxima aos usuários e tem como papel alcançá-los e dar assistência preventiva, na atenção secundária os serviços são oferecidos de forma mais regionalizada (locais com maior concentração demográfica e que sejam referência de oferta desses serviços), com uma assistência mais precisa e que não demande um acompanhamento. Os atendimentos oferecidos nesse nível de atenção demandam profissionais especializados, como cirurgiões especializados, fisioterapeutas, cardiologistas, psiquiatras, dermatologistas, etc. (SOLLA & PAIM, 2014).

A atenção terciária é aquela cuja assistência se dá por intermédio de hospitais de grande porte, sejam eles públicos ou privados. Essa assistência hospitalar precisa incluir leitos para internações, ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, os chamados SADTs. Fazem parte da rede de atenção terciária do SUS hospitais federais, universitários, filantrópicos, psiquiátricos, estratégicos. (idem, 2014). Trata-se de um nível onde os casos recebidos são de alta complexidade, as tecnologias mais avançadas e o objetivo maior da assistência prestada normalmente é a de manter a vida de usuários que estejam em condições mais críticas de sobrevivência. A lógica é que casos mais complexos que não puderem ser resolvidos na atenção secundária sejam atendidos nesse nível.

4.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria 3.088/11 (BRASIL, 2011c), integra o SUS com seus dispositivos e pontos de atenção à saúde. É considerado o componente de referência no SUS no atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e que fazem uso de álcool e outras drogas. Sua criação teve como objetivo, além de ser um articulador da Rede de Saúde no território, substituir os Hospitais psiquiátricos, seguindo as diretrizes defendidas pela Reforma Psiquiátrica. (Brasil, 2011). A Portaria 3.088/11, além de instituir a RAPS, concretiza a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, Lei Nº 10.216/01. (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216/01 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A Política é considerada uma conquista nesse processo de mudança de paradigma. Apesar de a RAPS centralizar, no âmbito do SUS, as ações referentes ao atendimento e atenção as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, não faz menção a como devem ser realizadas suas ações nos casos de desastre. Veremos nos resultados deste estudo, o papel da RAPS na condução das ações de resposta e recuperação em desastres.

Os sete componentes que constituem a RAPS são: 1) Atenção Básica em Saúde, (Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipe de Consultório na Rua, Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2) Atenção Psicossocial Especializada (Centros de Atenção Psicossocial - CAPS); 3) Atenção Residencial de caráter transitório (Unidades de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial; 4) Urgência e Emergência (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Unidade de Pronto Atendimento – UPA); 5) Atenção Hospitalar (Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral); 6) Estratégia de Desinstitucionalização (Serviço Residencial Terapêutico), Programa de Volta para Casa, Programa de Desinstitucionalização; 7) Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Cada um desses componentes compreende um conjunto de ações e serviços, chamados de ponto de atenção. Seus serviços se baseiam, além dos princípios da Reforma Psiquiátrica, nos da Reforma Sanitária, com foco no território, nos serviços de base comunitária, substituindo o modelo manicomial e hospitalocêntrico. Importante frisar que o conceito de território na lógica do SUS não se limita a área geográfica, mas aos espaços onde as relações sociais e histórico-culturais se dão. (BRASIL, 2011).

Desses componentes, consideramos relevante destacar e descrever como são constituídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que assim como a Atenção Básica têm recebido as demandas decorrentes de desastres no país, tanto na fase de resposta como de recuperação.

Os CAPS são dispositivos considerados pontos de atenção estratégicos da RAPS. São constituídos por equipe multiprofissional, com atuação pautada na interdisciplinaridade. Oferecem serviços de saúde no âmbito da saúde mental e atenção psicossocial, com prioridade aos atendimentos voltados para pessoas com sofrimento ou transtorno mental (incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas). Foram criados como substitutos do modelo asilar, pautados na

perspectiva de saúde mental defendida pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Os atendimentos são realizados nas situações onde o indivíduo encontra-se em crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Se constituem a partir das seguintes modalidades (BRASIL, 2002):

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes;
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;
- **CAPS ad Álcool e Drogas:** Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **CAPS ad III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Em fevereiro de 2019, com a divulgação da Nota Técnica 11/2019, mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e diretrizes da Política Nacional sobre drogas foram anunciadas. A Nota apresenta a resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), alterando as orientações para o tratamento e reinserção social na RAPS de pacientes que apresentam dependência química, além de incluir os hospitais psiquiátricos como ponto de atenção na Rede. Apesar de suspensa pelo Ministério da Saúde, o documento é alvo de críticas por pesquisadores, entidades profissionais e pelo movimento antimanicomial, já que ilustra o afastamento dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, como por exemplo o entendimento equivocado sobre a desinstitucionalização e a volta do modelo hospitalocêntrico como forma de assistência na atenção psicossocial.

4.3 Gestão integral de riscos e desastres (GIRD)

Nesses cenários críticos gerados por uma situação de desastre, é possível identificar diversos riscos a que estão sujeitas essas coletividades. Os riscos físicos, emocionais e sociais que existem em função do impacto do evento em si, o agravamento dos riscos já existentes previamente ao evento e, também, o ajuntamento ou acumulação de riscos. Todos esses aspectos têm relação direta com a saúde e, conseqüentemente, ao manejo do setor saúde para administrá-los. No que concerne à responsabilidade e dever do setor saúde de prevenir e controlar a ocorrência de danos e agravos à saúde, é fundamental que todas essas dimensões sejam consideradas.

Em uma das publicações do CEPED-UFSC, da Universidade Federal de Santa Catarina, por exemplo, os autores chamam a atenção para a importância de se compreender que mesmo os fatores individuais e biológicos não estão desconectados dos sociais, das decisões políticas e das escolhas pessoais. Trazem como exemplo de acumulação de riscos – que eles chamam de *sobreposição de riscos* – os casos de mulheres que, após vivenciarem o desastre na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011, sofreram também com o aumento da violência doméstica (CEPED-UFSC, 2011). Infelizmente casos de violência e revitimização não são incomuns em situações extremas, visto que a fragmentação da estrutura social decorrente do evento e o não fortalecimento das relações sociais e da identidade local não são por vezes restabelecidas ou construídas.

Esse cenário de incremento das vulnerabilidades e que atua como potencial gerador de agravos pode ser analisado como o resultado da combinação do evento danoso com a precariedade da assistência prestada. O setor saúde, através dos seus mais diversos profissionais e áreas disciplinares, em atuação conjunta e articulada com outros setores, tem um papel vital na quebra desse fluxo deletério e no restabelecimento de ambientes saudáveis, desde as ações de prevenção aos danos, passando pelos cuidados primários no socorro e assistência, até o acompanhamento das vítimas.

Além da importância de uma gestão integrada de riscos, com a participação de diversos setores e campos disciplinares, a criação de planos e protocolos de gestão de riscos específicos para a área da saúde é um aspecto que tem sido considerado nos debates sobre a atuação do setor saúde e sua relação com os desastres e emergências. Um exemplo concreto dessa preocupação em se pensar em estratégias de atuação especificamente no âmbito da saúde é elaboração de dois Planos de contingência elabo-

rados pelo Ministério da Saúde em 2014. O primeiro deles, intitulado “Plano de respostas às emergências em saúde pública” e o segundo, atrelado ao anterior, “Plano de contingência para emergência em saúde pública por inundação”.

Os objetivos da formulação desses documentos são coordenar as esferas de gestão do SUS, elevar ao máximo à eficiência e eficácia da capacidade de resposta da Secretaria de vigilância em saúde, integrar os serviços de saúde no âmbito público (coordenando os recursos federais em apoio aos estados e municípios) e, por fim, trabalhar na contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública de forma rápida e eficiente (BRASIL, 2014b e ; BRASIL, 2014c). A discussão deste tópico é resumida em um trecho do site do Centro de Conhecimento em Saúde Pública e Desastres, do CEPEDS-Fiocruz:

Não há receita única em relação à organização do setor saúde para a gestão de risco e a resposta a emergências e desastres. O alcance e as responsabilidades do setor saúde nos temas relacionados à prevenção e atenção de emergências e desastres dependem da estrutura, do funcionamento e da legislação particular de cada país. Portanto, o desenvolvimento do tema e a organização dos atores em nível nacional irão variar de país para país. O importante é que o país e o setor saúde tenham estruturas organizacionais suficientemente flexíveis para adaptarem-se aos contextos políticos, sociais e técnicos que se apresentam durante emergências (CEPEDES-FIOCRUZ. Fonte: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br>).

Considerando os níveis de atuação do SUS, é necessário que o setor saúde de uma forma geral crie estratégias para reduzir os riscos de desastres e os impactos desses eventos no setor.

Os últimos vinte e cinco anos foram marcados por importantes marcos estratégicos na redução dos riscos de desastres no mundo. Citamos, inicialmente, a Estratégia Internacional para a Redução de Riscos de Desastres (UNISDR), adotada no ano 2000 pelos Estados membros da ONU. O propósito da estratégia na ocasião era atingir uma redução das perdas geradas por desastres e a construção de comunidades e países resilientes e resistentes frente a eventos extremos. Paralelo a isso, as ações deveriam ser sistematizadas por cada país a partir de plataformas nacionais para a redução de risco de desastres (UNISDR, 2005). Além da Estratégia Internacional, citamos o Marco de Ação de Hyogo (com metas a serem atingidas até o ano de 2015) e o Marco de Ação de Sendai (que projeta ações de desenvolvimento pós 2015 e com objetivos a serem alcançados até 2030). (UNISDR, 2005, 2015).

O Marco de Hyogo foi pactuado entre 168 países, entre eles o Brasil, no ano de 2005, com o compromisso de desenvolver medidas de redução do risco de desas-

tres. Tinha como objetivo estratégico alcançar até o ano de 2015 uma redução dos riscos de desastres e aumentar a resiliência comunitária e das nações, com a recomendação de dez itens a serem alcançados para que as cidades se tornassem cidades resilientes. (UNISDR, 2005). Ressalta-se que muitas dessas ações foram voltadas para aspectos estruturais e sem uma referência clara da importância das estratégias psicossociais. Nesse sentido, o reconhecimento e desenvolvimento da resiliência seriam essenciais para a concretização das ações propostas pelo Marco em 2005 e para sua integridade, de forma que não se desse de maneira fragmentada, conforme aponta Souza (SOUZA, 2015).

Já o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres (2015-2030), foi adotado em 18 de março de 2015 pelos Estados-membros da ONU na 3ª Conferência Mundial das Nações Unidas sobre Redução de Risco de Desastres. Sem dúvida, esse importante instrumento que veio complementar o Marco de Hyogo, mobilizou a comunidade científica a atuar de forma a reduzir os riscos e ampliar as perspectivas de análise. Observamos o deslocamento de uma perspectiva de discussão que se centrava nos desastres como algo atribuído ou não à mudança climática (uma discussão que precisava ser extrapolada), para uma visão que anseia pela promoção de formas de prevenção, mitigação e manejo que não causem e/ou potencializem danos. A partir da determinação de metas para a redução de perdas e danos ocasionadas por desastres de origem socioambiental, o Marco de Sendai estimula os países do globo a darem uma especial atenção a aspectos até então pouco explorados de forma efetiva.

Importante destacar que no Marco de Sendai observa-se uma mudança de foco da “redução de desastres” para a “redução de risco de desastres”. Os riscos aparecem de forma mais evidente no novo Marco. Com isso, saímos também de uma discussão sobre atribuição ou não dos desastres às mudanças climáticas para que ações fossem tomadas, o que demandava um tempo dos especialistas e pesquisadores da área que não era considerada produtiva e efetiva. Era preciso extrapolar essa discussão. Com esse deslocamento de foco, os riscos em geral passam a ser discutidos e almejados, não apenas os atribuídos à mudança climática (UNISDR, 2015; IPCC, 2014). Dentre as prioridades apresentadas no Marco de Sendai para a Redução de Riscos de Desastres (2015-2030), destaca-se: 1) o entendimento do risco de desastres; 2) o fortalecimento da governança do risco de desastres; 3) investimentos na redução de riscos para a resiliência, e 4) melhoria na fase de preparação para desastres e oferecimento de respostas mais eficazes nas fases da recuperação, reabilitação e reconstrução.

ção. (UNISDR, 2015). O Marco de Sendai enfatiza a prevenção de novos riscos e a redução de riscos existentes, uma lacuna que veio como aprendizado da década anterior e que precisava ser explorada.

No que tange à construção de cidades resilientes, no ano de 2012 foi publicado pelo Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres – UNISDR, o documento “Como Construir Cidades mais resilientes: Um Guia para Gestores Públicos Locais - Uma contribuição à Campanha Global 2010-2015 - Construindo Cidades Resilientes – Minha Cidade está se preparando!”. Esse material, já mencionado nesta tese, criado com o objetivo de acompanhar as políticas locais de construção da resiliência nas cidades vulneráveis a desastres, fala sobre a importância de se repensar os modelos de urbanização desenfreada, que vão na contramão da redução de riscos de desastres, criação de políticas públicas específicas de redução de riscos, adoção de parcerias com o setor privado para aumento de recursos, dentre outros aspectos. Mesmo considerando as limitações de cidades que têm infraestrutura social deficiente e falta de investimento, o documento faz referência ao sucesso de ações em cidades de países de baixa renda. (UNISDR, 2012).

Tendo como referência a classificação de Gestão de Riscos e Desastres assumida pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), a área de gestão de risco abrange as fases de prevenção, mitigação e preparação. Já a de gestão de desastre, compreende as fases da resposta e recuperação. (BRASIL, 2012a). A fase de prevenção, também chamada de pré-desastre, inclui ações preventivas e de preparação. Nela, é importante que se priorize a redução de riscos e impactos, através de informações, comunicação clara e atividades educativas sobre percepção de risco e redução de fatores de risco. A fase de mitigação inclui as ações que possam minimizar o impacto do evento. A fase de preparação é a de sistematização e organização das ações de resposta. Já a fase de resposta, ou manejo, inclui atividades de resgate, socorro às vítimas, entre outras ações. Inclui o atendimento a pessoas afetadas e todo o apoio logístico necessário. A fase de recuperação, também chamada de pós desastre pela Defesa Civil, abarca ações de reconstrução dos locais afetados a médio e longo prazo e também reparação de danos para o restabelecimento da rotina. As ações de reconstrução incluem medidas estruturais para recuperação do bem-estar da população, como recuperação de estradas, construção de moradias seguras, ordenação do espaço urbano, dentre outras. Nessa fase também estão incluídas ações de reabilitação, que ocorrem logo após a situação de emergência, com vistas a restabelecer os serviços

essenciais para a localidade afetada. (idem, 2012).

A PNPDEC apresenta os princípios, objetivos e instrumentos de como a gestão de riscos e de desastres são implementadas no Brasil. Como algumas de suas inovações destacamos: a integração das políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável; elaboração e implantação dos Planos de Proteção e Defesa Civil nos três níveis de governo, estabelecendo metas de curto, médio e longo prazo; Sistema Nacional de Informações e Monitoramento de Desastres; Profissionalização e a qualificação, em caráter permanente, dos agentes de proteção e defesa; cadastro nacional de municípios com áreas suscetíveis à ocorrência de deslizamentos de grande impacto, inundações bruscas ou processos geológicos ou hidrológicos correlatos; e inclusão nos currículos do ensino fundamental e médio dos princípios da proteção e defesa civil e a educação ambiental, entre outras. (ibidem, 2012). No entanto, considerando o caráter hipotético e incerto do risco, este é um dos fatores que levam a uma dificuldade para a efetivação da política de redução de riscos de desastres no país, além de outros, como assinala Almeida (2015). Para a autora, essa dificuldade se dá em relação às políticas de gestão de risco porque

Falar de risco é tratar da incerteza – algo real, mas pertencente ao futuro, e que ao se materializar, não o faz de maneira completamente previsível, portanto, não total e facilmente gerenciável. Por outro lado, desastres, de modo semelhante a outras políticas ambientais, não estão circunscritos aos limites políticos de nenhum ente federado, prescindindo, destarte, de articulação e cooperação intermunicipal e interestadual para sua operacionalização eficiente. Se há uma evolução na PNPDEC na “adoção da bacia hidrográfica como unidade de análise das ações de prevenção de desastres relacionados a corpos d’água” (BRASIL. Lei no 12.608, 2012, art. 4), ou seja, reconhecendo o caráter não politicamente delimitável desses fenômenos, essa talvez seja a diretriz mais desafiadora a ser implementada, embora constitua um avanço considerável na maneira de lidar com as questões geradas por desastres hidrológicos. Esses dois aspectos da gestão do risco de desastres – um temporal e outro territorial – constituem algumas das grandes dificuldades a efetivação de uma política de redução de risco de desastres. (ALMEIDA, 2015).

5 CAPÍTULO 4: APOIO PSICOSSOCIAL EM DESASTRES

“... As vulnerabilidades se tornam cumulativas e a continuidade do desastre silenciosamente vai se convertendo em uma catástrofe social que não adquire visibilidade”
(LONDE et al., 2015, p. 555)

Temos discutido até aqui sobre a magnitude dos desastres e os impactos sobre as populações. E a todo o momento temos reforçado a importância da abrangência das diversas dimensões afetadas para que se tenha uma intervenção integral: biológica, social, psicológica, espiritual e simbólica. Dentro da lógica de intervenção que conhecemos, amplamente disseminada e acompanhada pela sociedade, a primeira fase da assistência às vítimas de um desastre é o socorro imediato, que ocorre geralmente pela própria comunidade afetada. Esse aspecto é fundamental, pois justifica a importância da capacitação comunitária para a prevenção e primeira resposta nos desastres. A construção de comunidades resilientes é um importante recurso estratégico nesse cenário.

O socorro também ocorre através do trabalho dos bombeiros, órgãos da Defesa Civil, médicos e enfermeiros, com o intuito de salvar vidas, diminuir as chances de óbito e mitigar possíveis agravos. Ademais, ainda na fase de retirada de vítimas dos locais afetados e de encaminhamentos para serviços especializados e abrigos, a presença e intervenção de profissionais que atuam na dimensão subjetiva (estado emocional dos afetados) é recomendada, desde que capacitados para atuar nessas situações e com enfoque específico. Esse trabalho de suporte emocional, atrelado às dimensões simbólica, psicológica, social e espiritual, deve ser contínuo e sistêmico, extrapolando o momento do evento propriamente dito.

Lopes *et al.* (2010) explicam que na primeira ajuda psicossocial em uma situação de desastre e emergência, devem ser considerados, sempre que possível, os familiares e pessoas próximas às vítimas. Essas pessoas têm um papel importante de ajuda na avaliação de danos no local afetado e devem ser consideradas nesse processo inicial de suporte psicossocial. Também devem ser acionados os profissionais de tomada de decisão macro, nos níveis governamental, político e jurídico. Os autores também mencionam a importância da descrição detalhada no plano de contingência da capacidade de resposta ao desastre dos diversos órgãos envolvidos direta ou indiretamente. O papel e ações de cada setor e profissional devem ficar claros e bem definidos.

Como já apontamos no início desta tese, a designação *intervenção psicossocial* ou *apoio psicossocial* congrega ações de suporte psicológico e social e quando se trata de sua aplicação no contexto de desastre, diz respeito a relação entre essas duas dimensões no apoio às vítimas. O termo *psicossocial* ressalta a relação entre as implicações psicológicas e sociais, sendo as psicológicas relativas às emoções, comportamentos, pensamentos, memória e aprendizado e as sociais às relações sociais, convívio, pertencimento, identidade, dentre outros. Em função das estruturas de apoio familiar, social, comunitária e individual sofrerem abalos em cenários de calamidade, há um risco aumentado de problemas de várias ordens e de agravos nas situações de desigualdade e justiça social pré-existentes nos lugares afetados. Além disso, os impactos psicológicos e sociais em um desastre podem comprometer a saúde mental e o bem-estar daquela população a longo prazo, por isso a importância de uma intervenção contínua e sistêmica, que vá além da assistência médica, alojamento, vestuário, alimento e serviços básicos para a sobrevivência daquela coletividade (ACTALLIANCE, sem ano).

Apesar do apoio psicossocial congregar ações de suporte psicológico, é preciso demarcar os limites desse campo. Os serviços especializados em Saúde Mental devem ser ofertados em casos específicos, não representando a intervenção psicossocial em si. É preciso diferenciar as ações psicossociais que atuam na saúde mental dos indivíduos (que incluem escuta, suporte psicológico e primeiros cuidados psicológicos), das ações especializadas do campo da Saúde Mental, que incluem a Psicologia e a Psiquiatria. As ações não especializadas podem ser ofertadas por qualquer pessoa que conheça minimamente as diretrizes para um cuidado seguro e de qualidade. Quando essa distinção não é feita, corre-se o risco de patologizar os afetados e direcionarmos a atuação para o adoecimento. Por isso a importância dessa delimitação, que a própria expressão MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support (ou SMAPS, em português), trazida nos protocolos internacionais circunscreve.

5.1 Os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP):

Esse recurso, entendido como uma resposta humana e de apoio aos indivíduos em situação de sofrimento, é indicado logo após um evento com potencial traumático. É recomendado por especialistas nacionais e internacionais e pelos principais documentos normativos relativos à atuação em desastres, como o Projeto Esfera (THE

SPHERE PROJECT, 2011) e o IASC (2007). Atualmente, já há evidências de que os primeiros cuidados psicológicos são o melhor recurso para pessoas que apresentem estresse agudo após eventos extremos, colocando-as em contato consigo para que possam estar suscetíveis ao recebimento de apoio psicossocial (OMS, 2015). É compreendido como uma alternativa ao *debriefing psicológico* (ou também chamado de entrevista psicológica), considerado ineficaz na função de reduzir o desenvolvimento de psicopatologias traumáticas (como o TEPT) a longo prazo (OMS, 2015). Essas evidências sobre a substituição do *debriefing psicológico* pelos primeiros cuidados psicológicos nesses contextos, foram apresentadas em 2009 pelo grupo responsável pelas diretrizes do programa de Ação Global para Superação das Lacunas em Saúde Mental da OMS, conhecido como MhGAP (site da Organização Pan-americana da Saúde - <https://www.paho.org>).

De acordo com o *The Sphere Project* (2011) e o IASC (2008), os PCP destinam-se à pessoas muito abaladas e recentemente expostas a uma crise grave. Os PCP incluem a oferta de apoio e cuidados práticos não invasivos; avaliação de necessidades; ajuda no suprimento de necessidades básicas, como água e alimentação; escuta sem que as pessoas sejam pressionadas a falar; oferta de conforto as pessoas para se sentirem calmas; ajuda na busca de informações e suportes sociais, proteção à danos adicionais. Pode ser oferecido em qualquer lugar que ofereça segurança e minimamente uma privacidade. Não se trata de atendimentos psicológicos profissionais, já que podem ser ofertados por qualquer pessoa que se atente para esses aspectos mínimos, com vistas a não causar uma revitimização, além de possuir a capacidade de escuta ativa sem que a pessoa seja pressionada a falar. Não é solicitado que as pessoas analisem o evento, como no *debriefing*. Os PCP também favorecem a recuperação a longo prazo, como já evidenciaram estudos por profissionais da ajuda humanitária (OMS, 2015; THE SPHERE PROJECT, 2011; IASC, 2008).

Exibimos a seguir a definição do IASC sobre saúde mental dentro do contexto psicossocial:

Saúde mental: Um estado de bem-estar [psicológico] (não apenas a ausência de transtorno mental) no qual cada indivíduo percebe seu próprio potencial, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar produtiva e frutiferamente, e é capaz de fazer uma contribuição para ela ou sua comunidade. (...) O termo "saúde mental" é muitas vezes usado erroneamente para significar apenas a ausência de doença mental. No entanto, os termos "saúde mental" e "bem-estar psicossocial" se sobrepõem. A saúde mental não pode ser alcançada sem o bem-estar psicossocial e vice-versa.

O termo combinado "saúde mental e bem-estar psicossocial" é frequentemente usado para refletir a meta combinada entre diversas agências e profissionais que trabalham na MHPSS. (IASC, 2017, p. 10).

Reconhecendo que fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental dos indivíduos, é importante que se identifique seus determinantes. Pressões socioeconômicas duradouras são reconhecidas como riscos à saúde mental. Além disso, uma saúde mental deficiente está associada à rápida mudança social, condições estressantes de trabalho, discriminação, exclusão social, estilo de vida pouco saudável, problemas físicos e violações dos direitos humanos. Existem fatores psicológicos e de personalidade específicos que tornam as pessoas vulneráveis a problemas de saúde mental. Os riscos biológicos incluem fatores genéticos. (Fonte: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>).

Nesse cenário de insegurança e perdas que configura um desastre, uma intervenção psicossocial com profissionais capacitados para atuarem em situações de desastre favorece o fortalecimento de pessoas e comunidades no atravessamento das situações de luto e no retorno à vida cotidiana. E essa retomada à “*normalidade possível*” possibilita o avanço da consciência coletiva acerca dos riscos e formas de reduzi-los e enfrenta-los. No entanto, é indispensável que os profissionais que atuam em situações de desastres sejam capacitados para tal (LISBOA, 2011). Essa capacitação dos profissionais é fundamental, particularmente os que atuam nas ações de apoio psicossocial, visto que a não observância de determinadas práticas básicas no acesso e acompanhamento das vítimas pode gerar uma sobreposição de riscos e potencializar os danos causados pelo evento e contexto em que estiverem.

Uma das críticas recorrentes apresentadas nos protocolos de intervenção psicossocial em desastres é a inserção de voluntários sem capacitação nesses contextos. O desejo de ajudar leva muitos profissionais a realizarem atendimentos e estabelecer uma relação com as vítimas de forma inconsequente, levando muitas vezes a uma revitimização, seja por conta do cenário perigoso e instável ou por não apresentarem uma conduta recomendada nos protocolos legais. O risco de revitimização por conta de ações indevidas ou mal planejadas deve ser encarado como de extrema importância nesses cenários. Para evitar esse tipo de problema, é fundamental que qualquer dispositivo de apoio psicossocial esteja vinculado e respaldado por alguma organização institucionalizada.

Em relação ao grande número de voluntários, fazemos referência ao estudo de Eyre (2004). Ela aponta a importância da atuação dos voluntários na recuperação comunitária, mas mostra que em eventos extremos ocorridos nos últimos anos, esse cenário de grande oferta de voluntários chamou a atenção de muitos pesquisadores e se tornou um desafio. Segundo a autora, muitas vezes a oferta de apoio por parte de voluntários pode ser esmagadora, representando de fato um desafio para os que gerenciavam programas de resposta e recuperação. Mencionando o estudo de Lowe & Forthergill, de 2004, ela cita, por exemplo, os ataques terroristas de 11 de setembro ao World Trade Center. Diz que após duas semanas e meia dos ataques, a Cruz Vermelha Americana recebeu uma média de 22 mil ofertas de ajuda (EYRE, 2004).

Baseada em estudos sobre as reações comportamentais comuns em desastres, realizados no Reino Unido, e nas pesquisas de Lowe & Forthergill, a autora indica que a ajuda prestada melhorou o restabelecimento e a saúde das pessoas afetadas indiretamente pelo desastre. Já pensando nesse cenário de alta oferta de ajuda de voluntários, os autores sugerem que esse aspecto deva ser considerado no planejamento e na preparação em desastres, apoiando e capacitando àqueles que se colocarão à disposição (EYRE, 2004; LOWE & FORTHERGILL, 2004).

Avaliamos que, somado ao apoio e capacitação, é fundamental que os voluntários estejam integrados às ações que estejam em andamento, de forma que não atuem de maneira desarticulada.

Como exemplo-chave dessa circunstância, nos referimos ao caso da guerra civil em Ruanda em 1994. A falta de organização gerou mais mortes do que a própria guerra civil. Algo que tinha como objetivo a ajuda, acabou por gerar mais danos. Esse acontecimento evidenciou a necessidade de que regras fossem estabelecidas para subsidiar as ações de apoio no mundo. Uma das regulamentações que nasceram a partir desse episódio histórico foi o Manual do Projeto Esfera, que afirma os princípios humanitários como primordiais e traz normas mínimas de resposta humanitária em casos de desastre.

Em relação ao Manual Esfera, este é fruto do Projeto de mesmo nome criado em 1997 por organizações não governamentais e o Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Intitulado inicialmente como “*O Projeto Esfera. Carta Humanitária e Normas Mínimas de Resposta Humanitária*”, atualmente é conhecido como Esfera (na tradução para o português). (THE ESPHERE PROJECT, 2011).

O Projeto Esfera foi criado com o intuito de apresentar princípios e normas

mínimas universais de resposta aos desastres e conflitos armados, em especial a resposta humanitária, bem como melhorar a qualidade dessas respostas e servir como instrumento para a prestação de contas das organizações. É considerada a iniciativa mais antiga no campo das normas humanitárias. Tem como concepções fundamentais a dignidade e o direito à assistência de pessoas afetadas por eventos adversos, a garantia de medidas possíveis para alívio do sofrimento causado por esses eventos, medidas de segurança e participação plena dos afetados acerca de sua recuperação. A primeira edição preliminar do Manual foi publicada em 1998, com revisões tendo sido publicadas em 2000, 2004, 2011 e a última, em novembro de 2018. Tais revisões ao longo desses anos têm se baseado em evidências e experiências nesses vinte anos desde sua primeira publicação, contando com profissionais do mundo todo e apresentando as principais mudanças de atuação no contexto humanitário. Todas as orientações são regidas pela Carta Humanitária, que estabelece a base ética e legal dos princípios protetivos, humanitários. Sintetiza os principais princípios jurídicos voltados para a manutenção dos direitos humanos e atualmente é um dos documentos norteadores de ações humanitárias mais consultados em todo o mundo. (THE ESPHERE PROJECT, 2011, 2018).

Quanto aos principais documentos internacionais e nacionais que norteiam as ações psicossociais em contexto de desastre, destacamos aqui algumas publicações: Guias para trabalhadores de campo elaborado pela OPAS/OMS sobre primeiros cuidados psicológicos em situação de desastres (2015, 2011), que apesar do nome inclui tanto o apoio psicológico como social, Guia do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias (2010), já referenciado na introdução desta tese, Guia com orientações do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência para uso no terreno (IASC, 2008), Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias (IASC, 2007), Guia de intervenção integral de saúde mental para prestadores de serviço de saúde em situações de emergências e desastres, da UNICEF, material sobre apoio psicossocial de base comunitária em emergências, produzido pela ACT Alliance, “*Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for major humanitarian settings*” (WHO, 2012); “*mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*” (WHO, 2015); e The Esphere Project (2018; 2011), além da legislação pertinente.

Dentro da legislação brasileira, destacamos a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e que traz o modelo de atenção em saúde mental e a promoção de direitos das pessoas baseada na convivência dentro da sociedade. As demais leis levantadas não falam diretamente do apoio psicossocial, mas abordam a intervenção em caso de emergências e desastres, levando em conta diversos atores sociais. São elas: a Instrução Normativa nº 1, de 2012, que estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos (BRASIL, 2012b); a Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC, dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil – CONPDEC e autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres (BRASIL, 2012a); o *Glossário de Defesa Civil, estudos de riscos e Medicina de desastres*, (BRASIL, 2009) e o *Glossário de Proteção e Defesa Civil* (BRASIL, 2017b).

Especificamente na área da saúde, destacamos o *Protocolo Nacional Conjunto para proteção integral a crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres* (BRASIL, 2013b); *Guia de Preparação e Resposta aos Desastres Associados às Inundações para a Gestão Municipal do Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2011), *Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação* (BRASIL, 2017); *Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação* (BRASIL, 2014); *Plano de contingência para emergência em seca e estiagem* (BRASIL, 2014); *Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública* (BRASIL, 2014) e o *Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres* (FIOCRUZ, 2018). Poucos fazem menção direta ao apoio psicossocial.

No âmbito da assistência social, temos como referência no Brasil o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído em 2005 pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei Nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993) e sancionado em 2011 (Lei 12.435/11). A Lei 12.435/11 complementa a Lei Orgânica da Assistência Social, que dispõe sobre a organização do setor. O SUAS é criado em 2005 com a finalidade de organizar a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em níveis de complexidade, definidos como: Serviços de Proteção Social Básica, Serviços de Pro-

teção Social Especial de Média Complexidade e Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (Resolução n.130, de 15/7/2005). Com a tipificação dos serviços de assistência social (Resolução n. 109, de 11/11/2009), foram definidos os serviços que fazem parte de cada nível do SUAS, dentre eles o *Serviço de Proteção em Situação de Calamidades Públicas e Emergências*, compreendido como um serviço de alta complexidade. (BRASIL, 2011; 2009).

Dentro dos Serviços de Proteção Social Básica, que objetivam a prevenção de situações de risco, estão o CRAS e o CREAS, que acabam sendo os dispositivos de referência em situações de desastre, mas sem diretrizes específicas para essa demanda. O CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) organiza a rede local de serviços socioassistenciais e é por meio dele que a proteção social se territorializa e se aproxima da população. Já o CREAS (Centro de Referência Especializada em Assistência Social) atua na oferta de serviços de proteção especializados e continuados às pessoas em situação de violação de direitos e/ou ameaças. Os dois dispositivos representam o principal instrumento de articulação com os demais pontos de atenção da rede de cuidados e com as políticas públicas em geral. (idem, 2011).

Essas publicações serão referenciadas no decorrer da tese por fundamentarem algumas das ações de apoio psicossocial em situações de desastre, configurando o arcabouço normativo na área. Partimos do pressuposto de que muitas delas têm sido utilizados pelos profissionais entrevistados neste estudo. Dessa forma, optamos por agrupá-las no quadro abaixo, sem a pretensão de contemplar todas os documentos na área, mas de exibir os que têm sido mais referenciados e mais amplos dentro do escopo *Saúde mental e Apoio Psicossocial (SMAPS)*:

Publicações das principais organizações mundiais de saúde e assistência humanitária sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em emergências e desastres	
Documento	Ano
Culture and Mental Health in Liberia: A Primer	2017
IASC publication: A common monitoring and evaluation framework for mental health and psychosocial support in emergency settings	2017
Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity	2016
Psychosocial support for pregnant women and for families with microcephaly and other neurological complications in the context of Zika virus: Interim guidance for health-care providers	2016
Apoyo psicossocial para las embarazadas y las familias afectadas por la microcefalia y otras complicaciones neurológicas en el contexto del virus de Zika: Orientaciones provisionales para los dispensadores de atención de la salud	2016

Mental health and psychosocial support in ebola virus disease outbreaks: a guide for public health programme planners	2015
Thinking healthy: a manual for psychological management of perinatal depression	2015
MhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG)	2015
Facilitation Manual: Psychological First Aid during Ebola Virus Disease Outbreaks	2014
Psychological First Aid for Ebola Virus Disease Outbreak	2014
Psychological first aid: facilitator's manual for orienting field workers	2014
Mental and social aspects of health of populations exposed to chemical weapons: an overview	2013
Building back better: sustainable mental health care after emergencies	2013
MhGAP module assessment and management of conditions specifically related to stress	2013
WHO guidelines on conditions specifically related to stress	2013
IASC Reference group mental health and psychosocial assessment guide	2012
Assessing mental health and psychosocial needs and resources - toolkit for humanitarian settings	2012
IASC reference group - Who is Where, When, doing What (4Ws) in mental health and psychosocial support	2012
Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: principles and interventions	2012
Mental health and psychosocial support for conflict-related sexual violence: 10 myths	2012
Integrating Early Childhood Development (ECD) activities into nutrition programmes in emergencies.	2012
Psychological first aid: guide for field workers	2011
The Humanitarian Emergency Settings Perceived Needs Scale (HESPER): manual with scale	2011
IASC reference group - mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies: what should humanitarian health actors know?	2010
Culture and mental health in Haiti: a literature review	2010
IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings: checklist for field use	2008
Rapid assessment of alcohol and other substance use in conflict-affected and displaced populations: a field guide	2008
IASC guidelines for mental health and psychosocial support in emergency settings	2007
Joint statement WPA and WHO	2006
Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations	2006
Mental health of populations exposed to biological and chemical weapons	2005
Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus?	2005
Mental health in emergencies	2003
Custodial psychiatric hospitals in conflict situations	2003
Mental health of refugees	1996
<i>The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief</i> [Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho e as ONGs para Auxílio de Desastres])	1994

Quadro 3: Publicações das principais organizações mundiais de saúde e assistência humanitária sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em emergências e desastres. Fonte: Elaboração própria.

A padronização de ações básicas na assistência, representada por um conjunto de protocolos internacionais, tem se mostrado essencial para a eficiência e qualidade

da resposta nesses cenários adversos. A penúltima edição do Manual Esfera, de 2011, incorporou um capítulo específico sobre princípios para proteção e segurança das populações afetadas por eventos extremos (particularmente desastres e conflitos armados). Entre as questões trazidas nesse capítulo, estão as alterações climáticas e a redução de risco de desastre. Apesar de os princípios apresentados no Manual poderem ser adaptados a qualquer contexto de desastre ou conflito armado, é importante que cada cenário seja avaliado e suas especificidades sejam levadas em conta para uma intervenção eficaz. De uma forma geral, os guias e diretrizes do IASC mencionados procuram delimitar a atuação da saúde mental e do apoio psicossocial, trazendo a importância dos trabalhos especializados (como o da Psicologia e da Psiquiatria) e sua relação com uma intervenção mais global. Isso reforça a compreensão de que o suporte psicológico é parte das ações psicossociais e não a intervenção psicossocial em si.

A revisão bibliográfica para a construção deste estudo indicou que as produções científicas sobre a relação entre desastres e aspectos psicossociais (apoio, impacto e ações) mais antigas nessas bases de dados indexadas são do ano de 1934 (SciELO, Bireme, Web of Science, Capes, Latindex e Medline). As publicações que tratam dessa relação são majoritariamente sobre os aspectos emocionais dos afetados por desastre, no âmbito da saúde mental e suporte psicológico. Esse panorama reforça a hipótese que orienta esta investigação, a de que as práticas de apoio psicossocial se concentram no suporte psicológico às vítimas. Basta saber se existe uma compreensão geral na produção acadêmica de que um suporte psicossocial deve ultrapassar essa dimensão. A revisão mostra que o volumoso número de publicações na área da Saúde Mental pode estar retratando, em certa medida, uma visão restrita do que venha a ser um apoio psicossocial. Em termos quantitativos, estudos que tratam de transtornos de estresse pós-traumático e depressão nos afetados por desastres tiveram destaque (CONE et al, 2015; FEDER et al., 2013; GUIMARO et al, 2013; COVA et al, 2013), chamando atenção também o número de publicações sobre idosos (CHEN et al., 2012; CLAVER et al., 2013; VIANA & VALENCIO, 2015; ROSENKOETTER et al., 2015). Também como destaque e sugestão de leitura na área, citamos o documento elaborado pela HelpAge International⁸, intitulado “Idosos em desastres e crises huma-

⁸ “A HelpAge International é uma rede global de organizações sem fins lucrativos com a missão de trabalhar com e para pessoas idosas desfavorecidas em todo o mundo para alcançar uma melhoria duradoura na qualidade de suas vidas. Para proporcionar essa visão, a HelpAge International trabalha com parceiros locais fornecendo fundos e apoio a mais de 200 organizações em 70 países. Tem 63 organizações membros”. (www.helpage.org, p.73).

nitárias: Diretrizes para melhores práticas” (2000) (tradução nossa) - (disponível em www.helppage.org).

Dentre as publicações na área de Saúde Mental, merece destaque o artigo produzido em 2007 pelo psicólogo clínico Stevan Hobfoll, juntamente com uma equipe internacional de especialistas em diversos campos disciplinares. A publicação, intitulada “*Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma interventions: Empirical evidence*”, aborda os princípios de intervenção ao trauma no suporte psicossocial em situações de desastres e eventos violentos em massa, a partir de estudos e experiências clínicas de diversos especialistas. Os autores deixam claro a dificuldade em se construir, a partir de ensaios clínicos baseados em evidência, um consenso quanto às recomendações de intervenção e prevenção nas fases imediata e intermediária no *pós-trauma* (expressão usada pelos autores), dada a pluralidade/diversidade das circunstâncias que ocorrem. (HOBFOLL et al, 2007).

Em contrapartida, os autores elencam cinco princípios de intervenção observados empiricamente, identificados como essenciais. Segundo o artigo, eles servem para nortear as práticas de intervenção psicossocial (incluindo a prevenção) nas fases imediata e intermediária do pós-desastre. De certa forma, podemos dizer que operam como elementos de mensuração de resultados nas intervenções psicossociais. Os cinco princípios são: 1) sensação de segurança, 2) calma, 3) autoeficácia pessoal e comunitária, 4) conectividade social e 5) esperança.

Por fim, consideramos relevante destacar aqui nossa opção em manter neste estudo a utilização do termo *bem-estar* associado à saúde. Entendemos que ele, por si só, não representa necessariamente a saúde do indivíduo, mas uma condição subjetiva (e até mesmo coletiva, se levarmos em conta a noção de normatividade cultural), que o fortalece para a adaptação e para a consciência de que o mal-estar também faz parte do ambiente. Não estamos, portanto, associando o bem-estar a uma completude da saúde ou ausência de mal-estar. Defendemos que o bem-estar não constitui uma ausência de mal-estar, mas se sentir bem mesmo no terreno das adversidades.

Como pautamos nosso estudo nas visões de Canguilhem e numa abordagem salutogênica de saúde, que a compreendem como um movimento e forma de produzir novas formas de vida, entendemos que o mal-estar e as tensões não representam, necessariamente, um reflexo de um adoecimento, ou *ausência de saúde*. Entendemos

que há também de se considerar um mal-estar inerente à condição de saúde. Nesse sentido, partindo das ideias de Canguilhem, a própria definição de saúde apresentada pela OMS suscita críticas, ao defini-la como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*”. (OMS, 2006).

Uma definição de bem-estar subjetivo apresentada no guia do IASC “*A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*”, (2017), é a de Diener (2006). Segundo o autor:

"Bem-estar subjetivo" refere-se a todos os vários tipos de avaliações, tanto positivas quanto negativas, que as pessoas fazem de suas vidas. Inclui avaliações cognitivas reflexivas, como satisfação com a vida e satisfação no trabalho, interesse e engajamento, e reações emocionais a eventos da vida, como sentimentos de alegria ou tristeza. (DIENER, 2006 apud IASC, 2017, p.12).

Outra definição de bem-estar apresentada pelo mesmo guia, carrega a expressão psicossocial e também explica o sentido que dá a esta última:

Bem-estar psicossocial: a dimensão psicossocial do bem-estar. Embora não haja uma definição amplamente aceita, os profissionais costumam usar o adjetivo “psicossocial” para descrever a interação entre os aspectos sociais (como relacionamentos interpessoais e conexões sociais, recursos sociais, normas sociais, valores sociais, papéis sociais, vida comunitária, vida espiritual e religiosa) e aspectos psicológicos (como emoções, pensamentos, comportamentos, conhecimentos e estratégias de enfrentamento) que contribuem para o bem-estar geral. (IASC, 2017, p.10).

A perspectiva de apoio psicossocial que defendemos neste estudo está relacionada, portanto, ao bem-estar subjetivo dos sujeitos afetados por desastres a partir da consciência dos mesmos de que não há ausência de conflito. Considera que mesmo com as “*tensões crônicas da vida*”, como descreve Antonovsky, é possível promover e manter a saúde dos indivíduos afetados por desastres.

6 CAPÍTULO 5: METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, com abordagem descritivo-interpretativa. Além da pesquisa bibliográfica e análise documental, foi utilizado o recurso metodológico das entrevistas. Acreditamos que os dois eventos ocorridos no Brasil que estão sendo analisados nesta investigação, serviram de base para a compreensão das ações de resposta em desastres e ilustram o cenário de um evento calamitoso.

6.1 Pesquisa bibliográfica

Como recurso metodológico capaz de trazer o estado da arte e amplitude do tema, a pesquisa bibliográfica realizada nas principais bases indexadas (SciELO, Bireme, Web of Science, Capes, Lilacs, Latindex e Medline) nos ajudou a entender como tem sido compreendida a assistência, o socorro e os impactos nos desastres e sua relação com os aspectos psicossociais. Todos os descritores relativos ao tema “*desastre*” foram utilizados na busca bibliográfica, em associação com descritores relativos a questões psicossociais (impacto psicossocial; apoio psicossocial; apoio social; e saúde mental). Foi realizada busca no DeCs para o levantamento desses descritores e seus sinônimos. Os seguintes foram usados nas bases de dados indexadas e correlacionados com o operador booleano *and*: “*desastres*”, “*impacto psicossocial*”, “*apoio psicossocial*”, “*apoio social*”, “*saúde mental*”, “*capacidade de resposta ante emergência*”, “*efeitos de desastre na saúde*”, “*planejamento em desastres*”, “*socorro em desastres*”, “*resgate, assistência e proteção em desastres*”, “*reconstrução em desastres*” e “*recuperação pós desastre*”.

Para garantir um levantamento que cobrisse o maior número de publicações na área, o descritor “*desastres*” foi utilizado no plural e no singular, pois verificou-se que havia essa diferença nas publicações. Além disso, nas bases em que podiam ser usados mais de dois descritores, foi usada essa opção para um cruzamento mais amplo. Esse modo de realizar a busca, aparentemente encarado como preciosismo, possibilitou um levantamento mais robusto e fidedigno, que contemplou materiais que ainda não haviam sido levantados.

Paralelamente, foi realizada outra busca bibliográfica para a construção de um artigo de revisão integrativa. Nesse caso, foi feito um recorte temporal e temático. O artigo, elaborado concomitantemente a esta tese, trata de uma revisão da produção

acadêmica dos últimos vinte anos sobre os aspectos psicossociais em situações de desastre socioambientais de origem geoclimática, por autores e periódicos da América do Sul. O recorte temporal (1997 a 2016) possibilitou conhecer o cenário de experiências, produções e orientações em um período importante de discussão sobre o tema dos desastres, marcado também pela ocorrência de eventos calamitosos históricos em todo o mundo. A pergunta que norteou a revisão foi “*Como os aspectos psicossociais têm sido explorados na literatura científica nos últimos vinte anos (1997-2016) por autores e periódicos de países da América do Sul, em contextos de desastre socioambiental de origem geoclimática?*”.

A estratégia utilizada foi a metodologia PICO, voltada para pesquisas não-clínicas e a partir de um Problema, Interesse e Contexto. Foi usado o operador booleano *and* para as buscas. Concluídos esses levantamentos, tanto do artigo como do material para a tese, todas as publicações foram registradas em tabelas do Excel e também exportadas para o *software* Zotero, onde foram organizadas as publicações de acordo com as bases utilizadas e a associação entre os descritores.

Reforçamos que uma análise sobre o que vêm sendo publicado na área dos desastres e sua relação com o apoio psicossocial se faz relevante e demanda certas discussões atuais acerca de sua abrangência. Acreditamos ser fundamental uma discussão sobre a importância de sair de um discurso genérico acerca dessa relação, que não está dada e precisa estar constantemente sendo alvo de problematizações e ajustes. Só desta forma é possível dar conta das demandas surgidas nesses contextos e alcançar ações e resultados de fato integrais e eficazes. Por conseguinte, cremos que um estudo de natureza qualitativa, que valoriza a narrativa dos profissionais de saúde através de entrevistas, possibilitou uma discussão sólida sobre o debate atual dessa relação e favoreceu a otimização dos processos e práticas, a partir de um olhar de quem está na ponta.

6.2 Análise documental

A opção por esse método se justifica pela importância do arcabouço legal e documental na área dos desastres. Há documentos e protocolos que precisam ser considerados nesse debate. Esses materiais foram analisados após o levantamento em sites, especialmente o da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e instituições humanitárias, como a Cruz Vermelha.

Após o levantamento, foram realizadas categorizações por temática e ordem cronológica, para facilitar a análise. Não foram utilizados softwares para a análise dos dados.

Como documentos pesquisados, incluímos os protocolos de instituições de assistência humanitária, documentos institucionais acerca dos dois eventos apresentados no estudo, legislação específica, dentre outros materiais que se mostraram necessários, como vídeos, material de áudio e outras mídias. Não foram utilizados bancos de dados institucionais. Devido à possibilidade de utilização de dados de acesso restrito, foi assinado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD).

6.3 Entrevistas

Entende-se que para além de um levantamento bibliográfico e documental dessas experiências, seja profícuo também uma aproximação com os atores envolvidos nas intervenções psicossociais. Essa aproximação será expressa, como já descrito nesta tese, através de entrevistas com profissionais de saúde da assistência humanitária e dos municípios de Mariana e Nova Friburgo. Foram realizadas dezessete entrevistas semiestruturadas, uma delas remota, através do recurso do Skype.

As entrevistas foram escolhidas como recurso metodológico por possibilitar o acesso a informações que podem não ser encontradas nos estudos científicos e na pesquisa bibliográfica, estabelecer um diálogo e propiciar melhor compreensão dos processos e protocolos. Sendo um dos objetivos deste estudo identificar fatores facilitadores e obstáculos para ações efetivas de apoio psicossocial, acreditamos que entrevistas com profissionais que atuem no apoio psicossocial em desastres se configuraram como o melhor recurso de obtenção dessas informações, associadas ao trabalho de análise documental. A associação entre o que tem sido publicado na Academia e o relato da prática desses profissionais chave nos ajudou a organizar esse cenário que almejamos conhecer.

Entendemos que a narrativa traz dois aspectos importantes para a construção de sentidos. Além de enfatizar e trazer a experiência vivida pelo entrevistado, fornece uma possibilidade de o mesmo refletir sobre aquele momento, baseado em seu aparato de experiências vividas até ali. Não se trata de um simples relato de experiência. (BERTAUX, 1980; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013; GADARMER, 2008; CASTELLANOS, 2014).

Os locais específicos em que atuam esses profissionais foram definidos após contato e autorização dos órgãos necessários.

Grupo 1: Profissionais de saúde do município de Nova Friburgo, Região Serrana do Rio de Janeiro, afetado pelas enchentes e desmoronamentos de 2011

Julgamos que profissionais de saúde de municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro atingidos por enchentes e desmoronamentos em 2011, representam um importante grupo para falar de suas experiências sobre o apoio psicossocial em desastres. Apesar de a ideia inicial ter sido entrevistar profissionais de diferentes municípios da Região Serrana afetados pelo desastre, em especial Teresópolis, Petrópolis e Nova Friburgo, as entrevistas acabaram se concentrando especificamente no município de Nova Friburgo, em função da maior facilidade de acesso aos profissionais e também pelo fato desse município ter sido uma dos mais afetados, refletindo e representando a realidade da região. Houve o entendimento durante o processo de seleção dos profissionais, de que um grupo homogêneo (mesmo município) seria mais viável geograficamente e representaria pontos de vista de diferentes profissionais da área da saúde sobre uma mesma realidade local.

As entrevistas com esses profissionais ocorreram no mês de agosto de 2018, no próprio município. Todas foram presenciais e realizadas em locais diferentes, de acordo com a disponibilidade e conveniência dos entrevistados e da pesquisadora. A duração média das entrevistas foi de pouco mais de uma hora e todas tiveram os áudios gravados, após devida autorização dos entrevistados e posteriormente transcritos.

Grupo 2: Profissionais de saúde do município de Mariana/Minas Gerais

Assim como os profissionais de saúde do município de Nova Friburgo, elegemos também como profissionais-chave no apoio psicossocial em desastres alguns profissionais de saúde do município de Mariana, pela atuação no município afetado pelo rompimento da barragem da empresa Samarco, em novembro de 2015. Como profissionais da área da saúde da região, entendemos que compõem um grupo que pode contribuir com informações importantes sobre o desastre, planos de contingência, resposta do setor saúde no enfrentamento e prevenção desses eventos, as principais demandas da população afetada e esclarecimentos acerca dos documentos que orientam

suas práticas e ações. Através das entrevistas com esses profissionais, foi possível conhecer a situação atual do município e dos afetados, bem como identificar aspectos que têm facilitado ou dificultado ações efetivas de apoio psicossocial no contexto de desastre.

As entrevistas com os profissionais de Mariana também ocorreram no mês de agosto de 2018. Grande parte foi realizada no próprio município, sendo apenas uma no município de Belo Horizonte. Todas foram presenciais e individuais. Ocorreram em locais vinculados à Secretaria de Saúde e de acordo com a disponibilidade e conveniência dos entrevistados e da pesquisadora. A duração média das entrevistas foi de uma hora e meia e todas tiveram os áudios gravados, após devida autorização. Os áudios foram transcritos.

Participaram das entrevistas em Nova Friburgo/RJ e Mariana/MG dez profissionais de saúde vinculados a um desses municípios e que atuaram em um dos dois desastres em questão. Como forma de preservar o anonimato, seus nomes e funções não serão identificados. Para que o leitor possa identificar a área de atuação dos profissionais e o contexto de fala, os trechos das entrevistas seguirão a seguinte identificação:

Município	Identificação	Áreas de atuação
Nova Friburgo/RJ		
	Friburgo 1	Atenção primária à saúde (UBS)
	Friburgo 2	Vigilância em saúde
	Friburgo 3	Saúde mental
	Friburgo 4	Saúde mental e atenção secundária à saúde
	Friburgo 5	Atenção psicossocial e saúde mental
Mariana/MG		
	Mariana 1	Atenção psicossocial e saúde mental
	Mariana 2	Atenção primária à saúde (ESF)
	Mariana 3	Atenção psicossocial e saúde mental
	Mariana 4	Atenção psicossocial e saúde mental
	Mariana 5	Atenção psicossocial e saúde mental

Grupo 3: Profissionais de saúde da assistência humanitária (“Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho” e “Médicos sem Fronteiras”)

A realização de entrevistas com profissionais atuantes na assistência humanitária foi pensada com o objetivo de favorecer uma amplitude das discussões, ter maior compreensão das ações psicossociais em desastres e conhecer o histórico dos documentos que fundamentam suas ações. Esses profissionais, por estarem diretamente envolvidos nas ações de apoio aos afetados por desastre, em seus mais diversos níveis e contextos, também configuram um importante grupo de interlocutores na construção das políticas de assistência. Os profissionais entrevistados puderam contribuir com informações sobre o desastre, planos de contingência, como se deu a resposta do setor saúde no enfrentamento e prevenção desses eventos, principais demandas da população afetada e esclarecimentos acerca dos documentos que orientam suas práticas e ações. A identificação de aspectos que têm facilitado ou dificultado ações efetivas de apoio psicossocial no contexto de desastre também foram exploradas nas entrevistas. Ao todo, participaram das entrevistas sete profissionais de saúde vinculados a assistência humanitária, cinco deles da Cruz Vermelha Brasileira e dois da organização Médicos sem Fronteiras. Os trechos das entrevistas que serão apresentados seguirão a seguinte identificação:

Organização Humanitária	Identificação	Áreas de atuação
Cruz Vermelha Brasileira		
	CVB 1	Educação e Saúde
	CVB 2	Saúde mental
	CVB 3	Saúde mental
	CVB 4	Apoio psicossocial
	CVB 5	Saúde mental
Médicos sem Fronteiras		
	MSF 1	Apoio psicossocial
	MSF 2	Saúde mental

As entrevistas com os profissionais da Cruz Vermelha Brasileira ocorreram nos meses de julho e outubro de 2018. Todas foram presenciais. Ocorreram na sede da Cruz Vermelha, no município do Rio de Janeiro, de acordo com a disponibilidade e conveniência dos entrevistados e da pesquisadora. A duração média das entrevistas foi

de uma hora e meia e todas tiveram os áudios gravados após devida autorização e posteriormente foram transcritos. Quanto às entrevistas com profissionais do Médicos sem Fronteiras, uma foi realizada em agosto de 2018 na sede da Organização, na cidade do Rio de Janeiro, e a outra em novembro do mesmo ano, por meio digital, através do programa *Skype*. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado especificamente para este perfil de entrevista.

Diante do perfil dos profissionais descritos anteriormente, elegemos como critérios de elegibilidade para a participação nas entrevistas, o fato de todos os profissionais serem da área da saúde e atuarem ou terem atuado no apoio psicossocial em contexto de desastre. Além desses critérios, a participação dos profissionais dos municípios de Mariana e de Nova Friburgo nas entrevistas estava condicionada ao fato de estarem atuando ou terem atuado no apoio psicossocial em um dos desastres destacados (rompimento da barragem em Mariana, em 2015 e enchentes e desmoronamentos na Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2011). Não se caracterizou como critério de inelegibilidade neste estudo a não autorização da gravação de áudio das entrevistas pelos participantes.

Entende-se que a realização das entrevistas foi muito bem-vinda, já que permitiu uma aproximação direta com esses atores chave. Elas foram realizadas após a aprovação, pelo Comitê de Ética da ENSP, dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e dos roteiros de entrevista, bem como o termo de anuência das organizações participantes. Foram levados em conta os melhores locais para realização das entrevistas, de modo que se preservou a confidencialidade dos dados dentro dos parâmetros estabelecidos nos TCLEs e amparados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora responsável pelo estudo. Em relação às dezessete transcrições dos áudios gravados, também foram realizadas pela pesquisadora, com exceção de duas, feitas por profissional contratado para esse fim.

6.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi sendo construída a partir da elaboração de fichamentos dos materiais científicos e documentos institucionais e de posterior criação de categorias temáticas para análise das entrevistas. Essas categorias temáticas foram criadas

com base no roteiro de entrevistas e, também, advindas das próprias narrativas, como “Lições aprendidas” e “Recomendações para o aprimoramento do campo”. Adotamos a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2015), que consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Na fase da pré-análise, foram feitas duas ações complementares: leitura transversal dos materiais levantados e posterior fichamento, com destaque para os aspectos relevantes para o estudo. Essa estratégia possibilitou a identificação de lacunas na literatura e a elaboração do roteiro de entrevista baseado nessas questões, articulados aos objetivos do estudo. Em momento posterior, já com os áudios das entrevistas transcritos, foi feita uma leitura flutuante e a identificação de possíveis categorias temáticas para além das estabelecidas na elaboração do roteiro de entrevistas.

Num segundo momento, o de exploração do material, foram realizadas leituras mais aprofundadas dos trechos destacados, para identificação de consensos e descensos. Os trechos mais relevantes dentro do escopo do estudo foram transferidos para um documento único no Word já com as categorias prévias (criadas a partir do roteiro de entrevistas). Foram criadas mais duas categorias em função das narrativas.

A fase final de análises - de tratamento dos dados - se deu na construção e entrelaçamento das categorias com a literatura científica. Os fichamentos feitos na fase da pré-análise possibilitaram uma análise mais fluida e rápida, que foi se ampliando dentro das próprias leituras e análises.

6.5 Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos e que realizou entrevistas como método de levantamento de dados, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa. Em cumprimento às Resoluções 466/2012 e 510/2016, os termos de consentimento livre e esclarecido e os roteiros de entrevista semiestruturada passaram por análise do comitê de ética. Como importante etapa da análise documental, a coleta de documentos demanda do pesquisador cuidados éticos e uma boa organização dos procedimentos que serão realizados no local pretendido. O principal cuidado diz respeito a formalização para autorização de acesso aos documentos, bem como o estabelecimento de uma relação ética, de transparência e profissionalismo com os responsáveis pelos documentos que serão alvo de levantamento e análise.

Foram tomados os devidos cuidados tanto em relação à autoria dos materiais, a

não divulgação de dados sigilosos, cumprimento dos termos assinados, esclarecimento prévio acerca dos objetivos do estudo e sobre a participação dos entrevistados e preservação do anonimato (quando aplicável). Além disso, por se tratar de pesquisa sobre desastres, o que pode mobilizar emocionalmente os participantes, foram tomadas as medidas necessárias para minimizar possíveis desconfortos e comoções durante as entrevistas. Nesse sentido, todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável pelo estudo, com formação em Psicologia e com prática na condução de entrevistas.

Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): O Termo de consentimento livre e esclarecido foi elaborado para os dois grupos de profissionais: os da assistência humanitária e os que atuam ou já atuaram nos municípios de Mariana e da Região Serrana do Rio de Janeiro. Ambos passaram pelo crivo do Comitê de Ética em Pesquisa antes de sua utilização.

Os Termos de Consentimento que foram utilizados neste estudo explicitam o aspecto técnico mencionado acima, no que tange a condução das entrevistas. O fato de as entrevistas terem sido conduzidas pela pesquisadora responsável por esse estudo, com formação técnica para esse método, foi considerado um recurso importante para minimizar possíveis riscos. Como tal, favoreceu a percepção dos momentos oportunos para realização das entrevistas e também daqueles em que foram necessárias pausas e interrupções, com vistas a respeitar os momentos particulares de cada participante.

Foi utilizado o recurso da entrevista remota, em virtude da dificuldade em acessar todos os participantes presencialmente.

7 CAPÍTULO 6: RESULTADOS

“O Brasil também tem os seus desastres. Se foi deitado em berço esplendido até um determinado ano, agora não está mais”. (Trecho da entrevista de profissional da Cruz Vermelha Brasileira, referindo-se à ocorrência de desastres no Brasil)

A apresentação dos resultados será exibida em três etapas: A primeira etapa traz uma análise a partir da narrativa dos profissionais de saúde do município de Nova Friburgo/RJ e de Mariana/MG. São apresentadas suas percepções, práticas e lições aprendidas. É iniciada com a descrição desses dois eventos extremos: as enchentes e deslizamentos de terra na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e o rompimento da barragem de Fundão, em Mariana/MG, no ano de 2015. A segunda etapa compreende uma apreciação das entrevistas dos profissionais de saúde das duas organizações de assistência humanitária participantes deste estudo, também a partir dessa perspectiva. Entendemos que essa divisão das entrevistas em duas categorias é necessária por representar diferentes contextos de fala. O primeiro grupo retratando a atuação de profissionais em dispositivos públicos de saúde no Brasil e o segundo uma representação institucional da organização de assistência a que o profissional está vinculado. A terceira e última etapa apresenta apontamentos gerais acerca da atuação desses dois grupos de profissionais e sua interface com a promoção da saúde e integralidade do cuidado, trazendo um panorama da atuação nos desastres em diálogo com a literatura nacional e internacional. Nessa etapa, as discussões são apresentadas a partir de dez categorias de análise.

Usaremos os termos *afetado* e *atingido* para nos referir às pessoas que foram afetadas pelos desastres ocorridos em Nova Friburgo e Mariana, respectivamente. A adoção do termo *atingido*⁹ (MILANEZ, 2016; VAINER, 2008) se justifica por ser a terminologia utilizada pelos próprios sujeitos afetados por barragens, entendendo os mesmos que sua utilização é uma forma de reforçar o fato de serem sujeitos de direitos. Representa um processo de luta pelo reconhecimento de direitos.

⁹ O conceito de atingido é uma das grandes polêmicas envolvendo os processos reparatórios e compensatórios. Os movimentos sociais defendem que o termo *atingido* não se restringe aos que ficaram desabrigados ou perderam meios de vida, mas também inclui aqueles que viveriam e vivenciam a decadência de seu potencial produtivo. (XAVIER & VIEIRA, 2016. In: MILANEZ, 2016).

7.1 - Percepções, práticas e lições aprendidas: buscando caminhos a partir da atuação de profissionais de saúde em dois desastres ocorridos no Brasil – Enchentes e deslizamentos de terra na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e rompimento da barragem de Fundão em Mariana, Minas Gerais, em 2015

Apresentaremos a seguir dois casos emblemáticos de desastres ocorridos no Brasil nos últimos anos que resultaram nos maiores desastres do país e ainda têm afetado milhares de pessoas. O objetivo é identificar e analisar, a partir desses dois eventos, as ações de apoio psicossocial: o contexto onde ocorreram, as ações de resposta e de reconstrução, setores e atores sociais envolvidos, participação comunitária, dentre outros aspectos que se apresentem relevantes nos cenários avaliados.

7.1.1 Caso 1: Enchentes e deslizamentos na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011

Nos dias 11 e 12 de janeiro de 2011, a magnitude das chuvas na Região Serrana do Rio de Janeiro e as inundações e deslizamentos decorrentes delas resultaram no que seria considerado um dos maiores desastres brasileiros dos últimos tempos.

O desastre atingiu sete municípios e teve como resultado centenas de óbitos, milhares de desabrigados e desalojados e muitos prejuízos materiais, sociais e simbólicos. Os municípios atingidos foram: Petrópolis, Teresópolis, Nova Friburgo, Sumidouro, São José do Vale do Rio Preto, Bom Jardim e Areal.

Dados indicam que cerca de 918 pessoas perderam suas vidas, 30 mil ficaram desabrigadas ou desalojadas, 43 estabelecimentos de saúde e 77 escolas municipais e estaduais tenham sido afetados. Os sete municípios citados acima decretaram estado de calamidade pública, sendo Nova Friburgo, Teresópolis e Petrópolis os mais afetados, com danos inclusive em sua estrutura de saúde. Além disso, a economia dos municípios sofreu impactos diretos, como na agricultura e na indústria. (CARVALHO, 2015; DELLARINGA, 2018; FREITAS et al., 2012). Importante frisar que a Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro abrange 16 municípios com médio e alto índice de desenvolvimento humano (IDH), que de acordo com o senso de 2010 era de 0,611 e 0,745. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, sem ano).

Segundo o INPE (Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais), em dois dias a estação do INMET (Instituto Nacional de Meteorologia) registrou 166 milímetros de

chuva em Nova Friburgo, mais de 70% do valor médio histórico para o mês. (BANCO MUNDIAL, 2012). A grande quantidade de chuva ocasionou o transbordamento dos rios da Região Serrana, que compreendem a Bacia do Rio Paraíba do Sul. Alguns autores citam o impressionante número de mais de 750 deslizamentos de terra, numa área de cerca de 350 quilômetros quadrados, correspondendo a uma média de mais de dois desabamentos por quilômetro quadrado. (PORTELLA & NUNES, 2014).

O evento é considerado um dos dez maiores deslizamentos ocorridos no mundo, registrados após o ano de 1900. Foi comparado a catástrofes como a ocorrida na região de Blumenau e Itajaí, em Santa Catarina, em 2008 e a provocada pelo furacão Katrina, que devastou a cidade de Nova Orleans, nos EUA, em 2005 (BANCO MUNDIAL, 2012; BUSCH e AMORIM, 2011). De acordo com o Banco Mundial, esse desastre é considerado o de maior magnitude em termos de danos humanos no Brasil., com custos estimados em 4,8 bilhões de reais. (BANCO MUNDIAL, 2012).

O desastre acabou por gerar ações no terreno das políticas públicas do setor e seu arcabouço legal, dada sua proporção e impacto. Um dos exemplos que podemos citar, dentre outros, foi a criação em 2013 de um escritório da ONU voltado para a redução de riscos de desastres no Estado do Rio de Janeiro, mas que foi descontinuado em 2016.

Outro exemplo dessa materialização é a lei ordinária nº 12.608, de 10 de abril de 2012, de autoria do deputado Glauber Braga, que institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil – PNPDEC. Esta lei é uma conversão da Medida Provisória nº 547, do ano de 2011. Além da criação da PNPDEC, altera leis anteriores (Leis nº 12.340/2010, nº 10.257/2001, nº 6.766/1979, nº 8.239/1991 e 9.394/1996) e autoriza a criação de um sistema de informações e monitoramento de desastres.

A Política Nacional de Proteção e Defesa Civil, apesar de ser considerada um marco relativo às ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação voltadas à proteção e defesa civil, ainda traz elementos de um discurso que atenua e oculta a desigualdade social e a vulnerabilidade demarcada nas relações entre o homem e o meio. A criação do sistema de informações e monitoramento de desastres mencionado acima, por exemplo, tem como finalidade monitorar as condições climáticas e as possíveis ocorrências de deslizamento por conta da instabilidade do solo e compartilhar dados atualizados. Não se soma à essas questões concretas o contexto social que produz os processos de vulnerabilidade socioambiental (VALENCIO, 2014). A criação do Centro Nacional de Monitoramento de Desastres Naturais

(CEMADEN), a ampliação do Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD) e a criação da Força Nacional do SUS (FN-SUS) são exemplos de ações que podem ser consideradas fruto dos impactos do evento na Região Serrana do Rio de Janeiro.

Publicações científicas que abordam casos de desastre citam os inúmeros problemas surgidos na ocasião das enchentes e deslizamentos de terra na Região Serrana do Rio, em especial nos municípios de Teresópolis, Petrópolis e Nova Friburgo. (BUSCH; AMORIM 2011).

No caso da Região Serrana do Rio já existia um cenário de vulnerabilidade, que foi intensificado com as fortes chuvas. Cutter et al (2003), na publicação intitulada “*Social vulnerability to environmental hazards*”, evidenciam que existe essa falha em não considerar as vulnerabilidades criadas socialmente - antecedentes ao evento extremo, nas políticas de planejamento de gestão de risco de desastre. Ao se documentar os prejuízos decorrentes dos desastres, há uma carência de dados analíticos sobre perdas sociais, desigualdades sociais e os impactos decorrentes da urbanização desenfreada. Segundo os autores, essa ausência de dados pode ser explicada pela dificuldade em se quantificar essas vulnerabilidades.

Um outro aspecto importante apresentado na publicação de Cutter et al, diz respeito ao que eles chamam de três princípios em pesquisas que envolvem vulnerabilidade: a identificação de condições que tornam pessoas ou lugares vulneráveis a eventos extremos; a interpretação de vulnerabilidade como uma condição social e a integração de exposições potenciais e resiliência social com foco em regiões específicas. (CUTTER et al, 2003).

Esse entendimento dos autores vai ao encontro da realidade atual de muitos municípios já afetados por desastres, em especial a Região Serrana do Rio de Janeiro. Observa-se a partir de leituras e conversas com profissionais atuantes no município de Nova Friburgo, que algumas ações vêm sendo tomadas no sentido da prevenção. No entanto, avaliamos que apesar dos muitos esforços realizados especialmente nos primeiros anos após o evento, a grande questão que se coloca é a sustentabilidade dessas ações. Situações como a instabilidade política que acometeu essas cidades, associado as vulnerabilidades institucionais, acabam impedindo e fragilizando a manutenção dessas ações. Conseqüentemente, os profissionais se sentem desestimulados e o descrédito da população aumenta.

O cenário do desastre a partir das entrevistas com profissionais de saúde de Nova Friburgo/RJ:

As entrevistas com os profissionais de saúde de Nova Friburgo possibilitaram uma dupla significância. Ao mesmo tempo em que contaram e elucidaram os acontecimentos ocorridos a partir do dia 11 de janeiro de 2011 até a situação atual, permitiram uma reflexão desses profissionais sobre sua atuação, levando a um senso de pertencimento ao território afetado e a uma ressignificação do lugar de fala e de participação no desastre, que para a maioria estava sob efeito da negação. Em alguns casos, houve momentos de forte emoção ao lembrarem de fatos do desastre e do trabalho desenvolvido pelas equipes. Ressaltamos que a realidade não se resume às narrativas dos entrevistados, ou seja, as narrativas não representam a realidade em si, traduzem uma expressão dela.

Além disso, é importante destacar que as falas dos profissionais foram direcionadas pelo roteiro de entrevistas, tendo sido organizadas a partir de um critério da pesquisadora. Portanto, essa construção de sentidos foi se dando na relação dialógica entre a pesquisadora e os entrevistados.

Como forma de contextualizar as fases do desastre e o momento temporal a que se referem as falas dos entrevistados, adotaremos as fases da gestão de riscos e desastres (GRD) apresentada na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil: prevenção, mitigação, preparação, resposta e reconstrução (BRASIL, 2012a).

Acionamento dos profissionais de saúde e funcionamento do setor saúde

As narrativas possibilitaram um retrospecto do contexto local no dia de início das fortes chuvas na Região Serrana, além das mudanças nesse cenário ao longo do tempo diante das respostas - e da falta delas, em alguns casos. Os entrevistados contam que o acionamento dos profissionais de saúde do município ocorreu no próprio dia 12 de janeiro, alguns por contato telefônico e grande parte através de rádio amadores, devido às péssimas condições de telefonia em virtude das chuvas. Muitos voluntários e profissionais se dirigiram aos locais onde já havia uma atuação de rotina e ali tinham as informações sobre o ponto central de apoio, o prédio da Secretaria Municipal de Saúde. O deslocamento dos profissionais foi um dificultador, já que muitas vias estavam interditadas. Quando conseguiram se reunir, a primeira ação de planejamento

foi pensar nos usuários dos serviços. Os profissionais de Psicologia foram direcionados inicialmente para os pontos de apoio mais próximos de suas casas. Diante de impossibilidade de grande parte da população se deslocar para os ambulatórios, a estratégia pensada foi garantir que essas pessoas tivessem um mínimo de auxílio. Num primeiro momento, contam que tiveram certa dificuldade em entender que tipo de auxílio seria esse. Não seriam necessariamente consultas, mas uma assistência inicial.

Inicialmente é um auxílio prático, elas precisam ter documento, ter roupa pra se vestir e o mínimo de conforto e alimentação, mas, além disso, havia uma dor. E como que a gente, não acostumado a ouvir esse tipo de dor, ia prestar que tipo de auxílio? Então a gente precisou entender o que o profissional de Psicologia ia oferecer para aquela pessoa que estava no ponto de apoio. Não era para falar sobre a vida dela, não era pra falar sobre a família dela, não era aquela análise psicanalítica nem de terapia comportamental. Era uma escuta de uma dor que foi uma dor drástica, vinda do nada e que, inicialmente a gente precisava acolher essa dor e trabalhar resiliência. Então... foi um aprendizado pra todos nós, mas um aprendizado feito na prática. Então não foi fácil. (Friburgo 3)

Ocorriam reuniões diariamente, nos dois turnos, entre as equipes. Na parte da manhã havia preparação e planejamento do que seria feito no dia e à noite as reuniões eram voltadas para verificação do que havia sido feito, se as ações foram viáveis, os entraves e estratégias para solucioná-los. Num segundo momento, as pessoas se reuniram no Hospital público Raul Sertã. Médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais formaram equipes. Em relação ao trabalho na área de Saúde Mental, pelo fato de o CAPS do município ter sido impactado, foi preciso aguardar a normalização da situação do local. No Hospital Raul Sertã o atendimento era por demanda. Ficou sendo o hospital de referência no desastre. Situação dramática, pois o primeiro andar estava alagado e os profissionais não podiam sair de seus plantões devido a situação no entorno do hospital, fazendo com que muitos continuassem de plantão. Com o CAPS limpo e organizado dias depois, o que gerou uma forte ação conjunta de trabalho para isso entre os profissionais, a equipe de Saúde Mental deu início aos atendimentos no local e isso desafogou outros espaços.

Importante destacar que o desastre ocorrido em Friburgo impactou a estrutura do setor saúde e gerou sobrecarga no serviço. A rede foi colapsada. Um dispositivo que poderia servir de espaço para atendimentos, mas que foi afetado e totalmente acometido, foi o Hospital São Lucas, que é da rede privada. Já o Hospital UNIMED, também privado, acolheu alguns desses pacientes que precisaram ser transferidos do Hospital São Lucas. Grande parte foi recebida pelo Hospital Raul Sertã. Portanto, no município os atendimentos hospitalares em geral estavam sendo realizados no Hospi-

tal da Unimed e no Raul Sertã. Médicos desses três hospitais atenderam juntos na ocasião, até que a situação se normalizasse. Porém, apesar desse trabalho conjunto, houve sobrecarga na rede pública de saúde, pois o Raul Sertã concentrou muitos atendimentos, que passaram a ser públicos. Os casos mais graves foram transferidos para a cidade do Rio de Janeiro, especialmente para hospitais federais, e para outras cidades, contudo isso também foi um dificultador, já que as estradas estavam com as vias obstruídas.

O Vigidesastre, programa criado em 2007 pelo Ministério da Saúde para desenvolver ações de saúde pública na redução de riscos de desastres, foi mencionado por alguns entrevistados de Friburgo como estando insipiente dentro dos municípios, pelo menos até o período em que foram realizadas as entrevistas. Segundo um dos entrevistados, o Vigidesastre ainda está muito restrito ao Ministério da Saúde, não tendo sido abarcado pelos municípios.

No que tange à preparação para a resposta ao desastre da Região Serrana, um dos entrevistados conta que o município já vinha atuando em casos de desastre, já fazendo parte das funções da equipe municipal de vigilância em saúde, por exemplo. Já havia, portanto, uma atuação do setor antes do desastre mas que, segundo os profissionais, não foi comparável aos anteriores. Apesar do evento fatídico das fortes chuvas e deslizamentos ter ocorrido do dia 11 para 12 de janeiro de 2011, desde o *réveil- lon* as chuvas fortes já tinham iniciado na Região Serrana. Portanto, já estavam em contato com a Defesa Civil desde o final do ano de 2010, que já tinha manifestado preocupação com o acumulado de chuvas.

Desde a experiência do ano de 2007, onde o município teve um trabalho muito intenso e próximo à defesa civil, estavam atentos às fortes chuvas na região. A saúde ambiental estava sendo monitorada em função do trabalho do Vigidesastre que estava ocorrendo. Apesar de toda essa preocupação e expectativa, não esperavam que fosse tão extenso.

Naquela noite, foi uma noite que eu... uma das últimas mensagens que eu mandei por SMS para a gerente de atenção básica, isso já de madrugada... eu falei para ela "Acho que vai acontecer uma tragédia, uma catástrofe". Só que a gente achava que ia ser nos lugares de sempre... de Friburgo... então, preparados para atuar como a gente atuou em 2007, né? E pra essas áreas trabalhar a questão dos abrigos... enfim... a questão sanitária, de imunização e de acompanhamento de atingidos..., mas não naquele grau... (Friburgo 2).

Os profissionais contam que um dos problemas enfrentados foi a quantidade

de óbitos de modo repentino. As declarações de óbito que ficavam no setor de Epidemiologia, no prédio da secretaria de saúde, foram molhadas pela chuva. Havia corpos na praça e em escolas. E essa situação demandava a posse de certidões de óbito para o andamento de processos, mas o local em que estavam estava impactado e as pessoas que tinham acesso a esses documentos também estavam com suas casas alagadas e em alguns casos sem poder ir até o local.

O ponto central de comando da saúde no município acabou sendo o prédio da Secretaria de saúde. Representantes do Ministério da Saúde, do estado e da própria rede de atenção, procuravam esse local, tornando-o um ponto estratégico e de referência para os profissionais. Os próprios profissionais da Secretaria de Saúde disseminaram a informação de que as pessoas fossem para esse local para obterem informações de como e onde atuar. Alguns dispositivos importantes ficaram com o acesso interrompido, como o Posto do Suspiro, onde a rua de acesso se transformou em um rio. Nele, ficavam todos os medicamentos imunobiológicos, farmácia, medicamentos para HIV/AIDS, tuberculose. Até a chegada do Ministério da Saúde e do estado, os profissionais foram fazendo limpeza em alguns dispositivos-chave, fazendo transferência de medicamentos e insumos ao hospital Raul Sertã, realizando atendimentos.

Parcerias, integração e trabalho em rede

De forma geral, observaram uma integração entre as três esferas de governo, alguns deles citam a participação do Ministério da Saúde e especificamente o trabalho da Força Nacional de segurança como tendo sido de muita relevância no apoio inicial. O apoio logístico, por exemplo, foi citado como fundamental para o deslocamento de pessoas, já que os veículos estavam indisponíveis por conta da grande quantidade de chuva, que inundou diversos espaços.

A chegada da equipe do Ministério da Saúde, três dias depois do impacto do evento, ajudou na organização e forma de atuação. Até a chegada dessa equipe os profissionais e voluntários estavam atuando por conta própria, seguindo o que consideravam importante no momento. Agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e psicólogos atuaram nos abrigos, tentando retornar à normalidade dos serviços da melhor forma possível. Essa retomada à normalidade de alguns serviços foi demorada em função da dificuldade nos deslocamentos.

Com o Ministério da Saúde, o setor saúde iniciou um período de vacinação,

distribuição de medicamentos de uso contínuo, inclusive as receitas. Pacientes que faziam uso de insulina e medicamentos controlados apresentavam alto grau de preocupação e desespero. Diante da situação de calamidade e do caos, decidiram não exigir a receita, optando pela confiança nas pessoas que chegavam solicitando medicamentos. Um carregamento do Ministério da Saúde chegou até Friburgo um dia antes da equipe, no dia 15 de janeiro. Os profissionais nomearam esse kit de medicamentos do Ministério de “*kit calamidade*”. A organização foi feita no dia seguinte, e foi exigida dos profissionais essa tarefa cansativa, além das demais que chegavam. Todos contam que dormiam muito pouco e em certos dias ficavam sem dormir.

A equipe do Vigidesastre chegou a Friburgo três dias depois do evento propriamente dito, organizando a rede de atenção e distribuindo profissionais dos hospitais federais enviados pelo Ministério da Saúde. Foi uma importante ajuda em relação aos abrigos e às comunidades que estavam sem acesso à postos de saúde e outros serviços essenciais. Uma entrevistada usa a expressão “vazio sanitário”, para se referir a esses locais desabastecidos e ilhados. O Ministério também disponibilizou a “Carreta da Saúde”, um veículo com diversos consultórios, inclusive atendimentos psicológicos. Reuniões eram realizadas diariamente entre Corpo de Bombeiros, com representantes do estado, município e Ministério da Saúde.

No que tange à parceria com o setor privado, os entrevistados fazem referência à transferência de pacientes do Hospital da rede privada São Lucas para o Hospital público Raul Sertã, situação já mencionada anteriormente. O Hospital Raul Sertã, mesmo afetado, deu continuidade aos atendimentos e recebeu pacientes de outros hospitais. A maternidade da cidade se transformou em um hospital geral de média complexidade. Além dessa estrutura, compuseram o setor saúde nessa conjuntura o hospital do Corpo de Bombeiros, que atendia demandas espontâneas, e o Hospital de campanha da Marinha, tendo sido este último importante na fase do impacto maior, não tendo tanta função posteriormente. Esse hospital de campanha permaneceu por volta de um mês no município.

A integração dos três entes governamentais - municipal, estadual e federal – do SUS é mencionada em algumas entrevistas como sendo a responsável pelos bons indicadores de saúde após o evento de 2011. Houve muitos casos de leptospirose e nenhum óbito, por exemplo. Um ponto extremamente relevante é levantado por uma das entrevistadas. Ela observa e lamenta que, apesar da integração e do esforço das esferas do SUS e da atuação do município, a percepção da população sobre o SUS, de

uma forma geral, é de que este não atuou, não reconhecendo como sendo parte dele os dispositivos locais. Ela identifica que a população tem dificuldade em entender o que é o SUS, de que ele é maior do que o SUS local. Muitos não enxergam o setor saúde de forma ampla, como se o Ministério da Saúde e o governo do estado não fizessem parte do SUS e sim apenas a rede local. Uma rede local caracterizada pela falta de insumos, falta de profissionais, de estrutura de funcionamento. Segundo a profissional entrevistada, essa invisibilidade de que todos esses entes constituem o Sistema Único de Saúde, contribui para o desmonte do SUS e fortalece a ideia de que ele não funciona.

Apesar da integração, houve entraves e conflitos entre os três níveis de atuação, sobretudo do estado em relação à atuação do município. Segundo uma das entrevistadas, houve uma pressão de alguns setores da instância estadual para que o município se recuperasse rapidamente, somada a críticas em relação à sua estrutura, a como as equipes estavam respondendo ao desastre e ao processo de recuperação. Quanto à essa cobrança pela celeridade ao retorno da normalidade, a entrevistada explica que não estava sendo considerado pela instância estadual o contexto prévio ao desastre, em que o município já apresentava suas mazelas e vulnerabilidades. O evento agravou questões previamente existentes no município e uma cobrança para soluções de problemas que já não estavam conseguindo ser resolvidos antes do evento, foi avaliada como não oportuna. Ela conta que essa questão foi bem difícil de administrar, mas que ao final do trabalho sentiram-se unidos, agradecidos e felizes pelo trabalho realizado em conjunto.

Um aspecto que também é considerado positivo no processo de compreensão do desastre pelos profissionais de Nova Friburgo, foi a troca com instituições e profissionais de outros locais impactados por desastres. Alguns entrevistados citam a apresentação da experiência de Friburgo no Seminário Nacional de Desastre, organizada pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao trabalho em rede, todos os profissionais entrevistados identificam que houve, mas alguns observam a descontinuidade do mesmo e não visualizam a permanência da rede construída na ocasião do evento. Alguns explicam que nos anos de 2011 e 2012 tinham um trabalho muito mais integrado para a preparação de questões relativas a desastres, e isso foi se perdendo em função da distância temporal do evento. Ou seja, a distância temporal foi fazendo as pessoas e redes se desarticularem, como um esquecimento gradativo. As parcerias com as três esferas de governo per-

maneceram até os dias atuais, mas a rede era forte na ocasião do evento por conta da intensidade do trabalho. Uma das entrevistadas atribui o estabelecimento e fortalecimento dessa rede às pessoas, mais do que propriamente institucional. Por conta disso, à medida que as pessoas foram saindo dessas instituições, essa rede foi se enfraquecendo e se desarticulando. Uma questão levantada em relação à essa construção de redes de apoio, é a importância do diálogo permanente com as instituições. Uma das entrevistadas comenta que o município estaria se sentindo isolado, como ocorre com alguns locais da Região Serrana atualmente, se não tivessem buscado nesse período uma boa relação com profissionais do Ministério da Saúde, de centros de ensino, universidades, pesquisadores, dentre outros órgãos e profissionais. Destaca a importância de ir em busca de informações sobre desastre e experiências de atuação com especialistas.

Na ocasião do evento, havia apenas um dispositivo de Saúde Mental, que atendia em média 600 pacientes com transtornos mentais, crianças e fazia atendimentos voltados para o uso de álcool, drogas e dependência química. Foi criado um novo dispositivo de Saúde Mental para ampliar a cobertura da RAPS, chamado de ambulatório ampliado. Posteriormente esse local passou a ser um CAPS, que atualmente realiza o apoio matricial da Rede.

O apoio matricial no SUS é uma estratégia institucional que tem por objetivo assegurar retaguarda especializada aos profissionais da atenção em saúde mental. Busca a melhoria da co-responsabilização entre as equipes e a variedade de ofertas terapêuticas. Através do trabalho de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), o mesmo identifica previamente as demandas da atenção básica e promove articulação entre as UBS e os dispositivos de saúde mental, como o CAPS. Funciona como um regulador de fluxos e atua também na identificação dos casos e o encaminhamento para os serviços devidos. Ou seja, os casos que devem ser acompanhados pela ESF, os que necessitam dos serviços especializados e aqueles que demandam um atendimento pontual. (BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008; BRASIL, 2013c)

A descontinuidade do trabalho em rede e de todo o apoio prestado pelas instâncias governamentais e voluntários, trouxe também um sentimento de desamparo e isolamento para alguns profissionais entrevistados. Um deles conta que após um mês da saída das autoridades e toda a ajuda prestada ao município, em que a mídia também

deixou de cobrir o assunto, foi o momento em que se instaurou o desamparo. No imaginário social e das autoridades o município já estava recuperado.

Dá a sensação de que enquanto está na mídia, os olhos estão todos pra cá... imagina que de uma hora para a outra a gente tinha uma imprensa do mundo inteiro, tinha... (...) carros com parabólica de todas as emissoras do país aqui na praça e tal... e daí depois de um certo tempo foi embora... ninguém fala mais daquilo... e... parece que está tudo bem, né, para as pessoas.. e aí isso também me fez compreender que quando a gente vê um evento na televisão, desse nível... e que depois a televisão para de falar, parece que magicamente aquelas pessoas resolveram aquela situação... e aí quando você vive isso na pele, aí você sabe que não... ela só saiu da mídia, nada foi resolvido...né? Ainda há muito que se construir... (Friburgo 2)

Como exemplos de trabalho em rede identificados pelos profissionais entrevistados, também podemos citar a capacitação do Médicos sem Fronteiras, o envio de psiquiatras pela Associação Brasileira de Psiquiatria, a parceria com um cartunista que se ofereceu para a criar um desenho para folders informativos sobre saúde mental, para serem distribuídos para as famílias e a própria impressão desses folders.

Uma das entrevistadas conta que o cartunista fez um desenho de um cão sentado, representando uma pedra localizada em Nova Friburgo que é símbolo da cidade. Ele desenhou esse cão sentado numa situação de sofrimento, significando a situação da cidade em função do desastre. No folder, eram apresentadas indicações de como as pessoas podiam agir diante de uma situação de sofrimento. Pedindo ajuda, não se isolando, não tomando medicamentos sem prescrição, informações sobre a procura de pessoas que podiam dar o suporte. Com isso, foi possível distribuir demandas.

Quanto à participação do Médicos sem Fronteiras, a organização foi citada como importante na constituição dessa rede de apoio, sobretudo no que tange às questões psicossociais. Foram realizadas capacitações em meio ao caos do desastre. O período de capacitação foi de uma semana, todos os dias da semana.

Foi levantando durante as entrevistas que esse trabalho em rede identificado reafirmou o entendimento de muitas equipes de que não existe outra forma de lidar com políticas públicas se não for dessa forma. O trabalho em Nova Friburgo ratificou a ideia de que o trabalho em rede leva ao sucesso da atuação. Antes regido por uma lógica hospitalocêntrica, atualmente estão iniciando um trabalho mais humanizado. Fazem menção à situação do hospital Raul Sertã, explicando que ele acabou atuando como o matriciador inicial da rede na época do evento, como já mencionado no início do capítulo, o que não é algo conveniente, segundo um dos entrevistados. Mas por conta de uma falta de estratégia, como ele se refere, isso precisou ser feito para dar

conta das demandas. Além disso, no que tange aos dispositivos na área de Saúde Mental na época, o município só contava com um CAPS, voltado para transtornos mentais e que foi totalmente alagado com as chuvas. Isso fez com que muitas pessoas perdessem o CAPS como local de referência e, conseqüentemente, como perda de parte do território.

A atuação da Saúde Mental após o evento foi descrita nas entrevistas como um trabalho voltado inicialmente para as vulnerabilidades, dentro dos abrigos e no hospital. Nos casos em que precisassem de um suporte maior, eram encaminhados para o hospital, que era a referência inicial. Essa forma de atuação se deu até o reestabelecimento do CAPS. A primeira atuação dos profissionais de Saúde Mental de Friburgo foi identificar os profissionais que eram da rede de cuidados (psicólogos, psiquiatras, profissionais do CAPS), além dos que atuavam no hospital Raul Sertã, no espaço de acolhimento em emergências psiquiátricas que já havia na época. Esses profissionais ajudaram a configurar uma rede e também obter informações de pacientes que já eram acompanhados pelo CAPS, com informações sobre uso de medicamentos, situação de saúde, telefone, etc. Muitos pacientes faziam uso de medicamentos controlados e de alto custo e em alguns casos houve remanejamento desses medicamentos.

Os atendimentos foram feitos procurando entender quem estava disponível, coletar o maior número de informações dos pacientes que eram acompanhados pelo CAPS para saber como cada um deles estava, procurar angariar medicamentos para que pudessem suprir as demandas até a chegada do carregamento do Ministério da Saúde.

A gente não sabia em quanto tempo a cidade ia se recuperar. Pra nossa surpresa se recuperou mais rápido do que a gente imaginava, a nível de recursos né, de saúde. Então a vinda dos Médicos sem Fronteiras trouxe pra gente uma noção de como a gente tinha que trabalhar a logística, preparação de tempo e organização de trabalho. Então foi pra a gente, assim, muito importante esse auxílio deles. A gente não sabia trabalhar com desastre. (Friburgo 3)

Uma dificuldade apontada em uma das entrevistas, foi a de iniciar o fluxo de trabalho. Já havia um fluxo de rotina, que foi quebrado com o desastre. O aumento de pessoas procurando os serviços públicos, especialmente os de saúde, fez com que os profissionais não soubessem administrar esse fluxo atípico.

O grande número de voluntários como aspecto dificultador na atuação

Os profissionais entrevistados, especificamente da área de Saúde Mental, são categóricos ao falar do grande quantitativo de voluntários de Psicologia em Friburgo nos primeiros dias do desastre. E esse aspecto aparece como um dificultador do trabalho dos profissionais que já compunham a rede, pois precisaram usar uma parte do tempo para identificar esses voluntários e se, de fato, eram psicólogos e com formação adequada para atuação nesse contexto. Com a informação de que o polo de Saúde Mental estava sendo no prédio da Secretaria de Saúde, muitos procuraram a coordenação de Saúde Mental para se cadastrar. Esse movimento intenso de pessoas se voluntariando para ajudar, compreendeu tanto os bem-intencionados quanto aqueles equivocados quanto à atuação. Num primeiro momento, a equipe de Saúde Mental aceitou todos os que procuravam a coordenação de Saúde Mental, mas depois observaram que esse não era o melhor caminho, pois precisavam saber quem eram esses profissionais. Essa situação de não saber o que fazer foi uma fala comum dos entrevistados e mostra que muitas ações foram sendo construídas a partir da tentativa e erro. A organização humanitária Médicos sem Fronteiras auxiliou na organização mínima e nos ajustes para tomada de decisões e planejamento de ações.

A falta de planejamento e de preparo prévio para atuação nesses cenários acaba sendo um fator de risco para adoção de técnicas e práticas não recomendadas, gerando possíveis revitimizações. É o caso do uso da técnica do *debriefing psicológico*, que foi mencionado como tendo sido usado em Nova Friburgo.

O guia do IASC de 2010, voltado para orientações a agentes humanitários, traz as seguintes recomendações sobre o *debriefing psicológico*:

O *debriefing psicológico* é uma técnica popular, mas controversa (que, na melhor das hipóteses, é ineficaz) e não deve ser implementada. Todos os trabalhadores humanitários, e especialmente os trabalhadores de saúde, devem ser capazes de fornecer Primeiros Cuidados psicológicos básicos. (...) *Debriefing psicológico* não é mais recomendado. O pessoal que tenha experimentado ou testemunhado eventos extremos (incidentes críticos, eventos potencialmente traumáticos) precisa ter acesso ao suporte psicológico básico (primeiros socorros psicológicos, ou PSP). Quando o sofrimento agudo dos sobreviventes é grave, que é o seu funcionamento básico (ou que são considerados em risco para si ou para os outros), eles devem parar de trabalhar e receber atendimento imediato de um profissional de saúde mental treinado em tratamento baseado em evidências de estresse traumático agudo. Uma evacuação médica acompanhada pode ser necessária. (IASC, 2010. p.11 e 21. Tradução nossa).

Avaliamos que essa perspectiva do desaconselhamento do uso da técnica nes-

ses cenários deve ser levada em conta nas intervenções em desastres (IASC, 2010; 2009; 2007).

“Resiliência baseada na negação”

A experiência de vivenciar um desastre já é dramática por si só. Considerando a participação ativa e direta de profissionais de saúde, essa vivência é ainda mais peculiar e intensa, visto que são atravessados pelo pertencimento ao território impactado e suas relações com o mesmo. Assim, mecanismos de defesa são acionados pelos indivíduos para que deem continuidade ao caminhar de suas vidas.

A maior parte dos profissionais entrevistados em Friburgo revela que houve um distanciamento defensivo por parte da população em geral, e dos profissionais, no que diz respeito a falar sobre o desastre nesses últimos anos. Alguns deles, inclusive, relataram que a entrevista para participação neste estudo representou um momento de fala mais detalhada da atuação após sete anos do evento, assunto que até então não havia sido partilhado com familiares, profissionais e nos demais círculos sociais. As falas desvendam a forma com que muitos deles resguardaram suas experiências no desastre, uma combinação eloquente de tristeza, desamparo, orgulho, emoção, força e fragilidade. E a fala de um dos entrevistados dá nome à essa condição: “*resiliência baseada na negação*”.

Essa expressão foi nomeada por um dos entrevistados como sendo a representação desse processo de caminhada ao longo desses anos. Há o entendimento de que os profissionais, em particular os da área da saúde, quando deixaram de falar sobre o desastre e o negaram, como a entrevistada aponta, de alguma forma foram resilientes diante do mesmo.

Essa perspectiva apresentada pela entrevistada traz uma discussão instigante. Considerando a compreensão de resiliência exibida no capítulo 3, de que esta abarca essencialmente o enfrentamento, adaptação e transformação, pode-se dizer que essa “*forma de resolver*” a experiência do impacto, não necessariamente foi resiliente. Isso porque a negação seria um componente antagônico ao enfrentamento, e consequentemente, à construção da resiliência.

O que alguns entrevistados entendem e expuseram nas entrevistas, é que os mesmos não quiseram pensar no desastre e por isso não foi falado, discutido e organizadas mais ações nesse sentido. Esse comportamento também é observado por alguns

entrevistados em relação à baixa procura da população para os serviços de Psicologia e Psiquiatria. Uma das entrevistadas alega que isso pode ser explicado por essa evitação de se falar do desastre.

Um dos trabalhos realizados pela Associação Brasileira de Psiquiatria em Friburgo evidencia isso. Pouco depois das fortes chuvas que desencadearam o desastre, um trabalho para crianças foi montado por uma das psiquiatras em uma escola de um distrito muito afetado. Na ocasião, construíram um parquinho, distribuíram lanches, colocaram um carro de som para chamada da população, dentre outras ações. O resultado foi a presença de apenas três famílias. As falas de muitas famílias que não compareceram foi a de que não queriam falar sobre o desastre e que falar do mesmo as machucava muito.

Um ponto negativo relacionado à gestão do desastre, levantado por alguns entrevistados, foi o fato de uma Unidade de Saúde do município ter se transformado em abrigo na época do evento e essa situação não ter sido revertida após a saída dos afetados. O espaço não voltou a ser uma unidade de saúde e, segundo uma das entrevistadas, não será mais. Os profissionais que atuavam nesse dispositivo foram transferidos para um lugar menor e ficaram lá definitivamente. Se sentem desrespeitados e insatisfeitos por conta dessa situação. Segundo a entrevistada, foi um efeito negativo permanente para a rede, que trouxe como uma das consequências o desejo da antecipação da aposentadoria de muitos desses profissionais que já podiam gozar desse direito. Um descontentamento estimulou o pedido de aposentadoria de muitos deles.

Protocolos

De acordo com alguns dos entrevistados, havia um plano de contingência do município, criado a partir do SISPACTO, um sistema de pactuação do SUS. Uma das pactuações estabelecidas na ocasião era de que os municípios deveriam ter um plano de contingência referente às chuvas, habituais na região especialmente naquele período do ano. Segundo um dos entrevistados, esse plano de contingência era extremamente protocolar e burocrático, não sendo um instrumento de fato funcional e questionável quanto à aplicabilidade. A experiência acabou mostrando, segundo uma das entrevistadas, que o município não estava preparado suficientemente para responder ao desastre e que o plano não tinha como ser executado, além de ser insuficiente frente às demandas que se colocaram. Uma das críticas ouvidas é de que o plano não havia

sido discutido com toda a equipe e muitos sequer sabiam de sua existência. Reconhecem que sua construção se deu mais em função do cumprimento da pactuação.

Os entrevistados em Nova Friburgo não identificam um protocolo ou legislação para atuação no apoio psicossocial em desastres, tampouco algum específico para os profissionais de saúde, tanto na ocasião do evento como atualmente. Também dizem não ter elaborado nada específico após o evento. O que alguns deles identificam no município, é a organização de um protocolo voltado para alertas e mitigação de danos ao meio ambiente, além de um plano de contingência anterior ao evento, deficiente, segundo grande parte dos entrevistados, e que foi melhorado ao longo do tempo. Nem todos os entrevistados tinham conhecimento desse plano de contingência existente antes do desastre. Alguns deles citam este plano antigo como o que orienta atualmente as ações no município, mas pontuam que o mesmo precisa ser revisto e melhor discutido, especialmente no que tange às diferentes realidades dos afetados, em áreas da cidade muito distintas. O que é colocado em uma das entrevistas é que, sem a participação comunitária e dos profissionais em geral, não há uma adequação do protocolo à realidade municipal.

(...) essa adequação que, na minha opinião, é que não aconteceu, na realidade, porque você só se adequa quando você escuta, quando você ouve, quando você faz algo participativo... (...) Tudo que você faz de maneira rápida e não participativa você deixa lacunas... então... eles sabem disso... precisa ser revisto esse plano, acho que o mais rápido possível, pra não esperar outra tragédia para rever esse plano... (...) a questão do esquecimento... até para a população que fica, (...) que quer, né, esconder, esquecer, isso daí para o governante também é ótimo. Porque ele acaba esquecendo o Plano de contingência também... isso dá trabalho, isso dá gasto... (Friburgo 4)

Esse plano da Prefeitura, segundo um dos entrevistados, chama-se *Plano de Prevenção a desastres de Nova Friburgo*, tendo sido elaborado com o auxílio dos bombeiros e baseado em protocolos da OPAS. Voltado especialmente para enchentes, o entrevistado comenta que até o evento de janeiro de 2011, que ocasionou o desastre, nunca havia tido uma chuva com esse potencial de destruição. Até então o município conseguia controlar esses eventos com ações da defesa civil, abrigos, etc., sem aperfeiçoar o plano em caso de eventos mais extremos.

Importante considerar que Nova Friburgo é uma cidade serrana com topografia singular e propensa a situações extremas. Por estar situada em um vale, enchentes são habituais. Contudo, a dimensão das enchentes que acarretaram deslizamentos de terra em 2011 foi muito maior do que as vividas em experiências anteriores. Tanto o núme-

ro de óbitos como a degradação ambiental marcaram esse desastre. E apesar dessas características, o município, de forma geral, não pensava num protocolo mínimo no caso de um desastre. Uma narrativa comum é a de que a resposta se deu a partir da experiência, empiricamente, e que fez falta um protocolo que orientasse minimamente o que fazer naquela situação dramática.

Chama a atenção o fato de o município já ter um histórico de enchentes e deslizamentos, o que foi citado por alguns entrevistados. A recorrência desses eventos parece ter permitido que as autoridades ficassem em uma zona de conforto e não considerassem a possibilidade de eventos com magnitude maior e que justificassem um planejamento para casos de desastre. Soma-se a isso a própria cultura do país, que atua majoritariamente na resposta e não na prevenção.

A gente fez o quê? Sentava lá na... (risos) na saúde coletiva ali e “vamos fazer o quê? Vamos pra lá, vamos pra cá...”, “quem vai?”, “não sei quantas pessoas vão pra cá...” ... era uma coisa muito, sabe, empírica da gente mesmo... e vamos pensar o que vai fazer e pronto... né? E acho que foi acontecendo assim... Depois eu acho que começou a se organizar melhor... é... alguns grupos... aí começou a se ter algum caminho, entendeu? (Friburgo 5)

A grande maioria dos entrevistados cita como protocolos e documentos complementares utilizados em Friburgo, o Projeto Esfera, o material do IASC e documentos da OPAS e da OMS, sendo que nem todos acessaram esses documentos. Os manuais do Ministério da Saúde foram citados tendo como foco maior a orientação para estados e municípios acerca de inundações, deslizamentos, produtos químicos, etc. Perguntados sobre a necessidade de um protocolo voltado especificamente para ações psicossociais, grande parte dos entrevistados disse considerar importante, alguns entendendo como fundamental. Uma das falas revela esse pensamento, indicando que a existência de um protocolo para atuação psicossocial em desastres evitaria o que ocorreu em Nova Friburgo, a de cada profissional fazer o que julgava que podia e devia ser feito na ocasião.

(...) eu acho que é fundamental porque assim... tudo bem, não vai acontecer isso daqui a 50 anos, mas sei lá... é importante que a gente aprenda a trabalhar... né... porque o que a gente não sabia era trabalhar naquele momento... né? Então ficou cada um fazendo... o que achava que podia, né... eu acho que é importantíssimo você ter protocolos para situações de desastre...né? Em saúde principalmente... saúde mental muito mais... (risos). (Friburgo 5)

Prevenção

O plano municipal referido é considerado por alguns entrevistados como o

atual plano de prevenção de Nova Friburgo, quando perguntados se havia algum plano com esse fim. Em uma das entrevistas, fala-se em um planejamento que estaria sendo montado nesse plano, visando a prevenção aos afetados por desastres. Nele, uma equipe prévia estaria sendo pensada para atuar nesses eventos, ficando de sobreaviso, e um local pré-estabelecido seria de acolhimento e de atendimentos.

Importante destacar que uma das formas identificadas por alguns entrevistados de se construir ações mínimas e preventivas, foi participando de eventos científicos fora de Friburgo após o evento, como simpósios e fóruns, ampliando trocas com aqueles que já vivenciaram um desastre. Um dos exemplos de atividades provenientes dessas participações em eventos, foi a criação de um programa que acontece atualmente na cidade, juntamente com a defesa civil. Trata-se de ações onde há recebimento de mensagens informativas sobre chuvas.

Ainda como ações voltadas para a prevenção, é mencionada em uma das entrevistas a existência de um Comitê de risco no município e da criação de pontos de apoio pela Defesa Civil. Chamado na entrevista de *comitê de estruturação*, é descrito como um grupo voltado para organização e planejamento de ações relacionadas a eventos climáticos. Segundo uma das entrevistadas, há uma preparação em pontos de apoio, simulações e informações aos moradores sobre o que fazer em casos de eventos extremos, como por exemplo a colocação de documentos em sacos plásticos e a preparação prévia de um kit com itens de ajuda rápida. Existe uma orientação da defesa civil à população quanto às formas de armazenamento de comidas que não precisem do uso de fogo para o consumo, que possam ser consumidas sem maiores dificuldades de manejo, além de um kit já montado para casos de necessidade. Contudo, a entrevistada acredita que a população já tenha esquecido de muitas orientações. Ela mesma diz não ter mais o Kit, que não o renovou mais.

A gente foi orientado a ter um kit em casa, né, de coisas de plástico, comidas que a gente pode pegar, que são comidas que não estragam tão fácil, que a gente não precisa descascar, nem cozinhar, não precisa de gás, nem precisa de nada, comidas enlatadas. (...) Isso foi uma fala muito da Defesa Civil que orientou as pessoas de como se organizar numa situação de crise, de possível é, evento climático. E aí tinha mesmo, era um kitzinho que a gente tinha que ter medicamento, os documentos, a roupa mínima. Então a gente tinha essa coisa, eles faziam a simulação. Eu não sei como é que está a prática dessas simulações nos bairros... (Friburgo 3)

A importância da prevenção também aparece nas entrevistas quando falam de como promover saúde aos afetados por desastres e do que consideram ações práticas

num apoio psicossocial¹⁰. A ausência de planejamento e de ações de prevenção acabam atropelando as ações no momento crítico e fazendo com que muitas delas sejam conformadas no momento da resposta. A localização dos pontos de apoio é citada como um aspecto estratégico e ligado diretamente à prevenção, para que a população consiga ter acesso fácil aos serviços. Um exemplo trazido é a distribuição de grupos e a articulação direta dos diversos serviços com a Estratégia Saúde da Família.

(...) a coisa da prevenção passa por você distribuir, né? Eu acho que não tem como você fazer um ambulatório de Saúde Mental no Centro da cidade, porque é muito difícil para as pessoas virem né... então assim... e você distribuir grupos e situações, assim eu acho que funciona pra caramba... (Friburgo 5)

Um dos entrevistados, quando fala da ausência de uma intersetorialidade entre os três entes governamentais no desastre de Nova Friburgo, diz também não observar ações estratégicas de prevenção no município. Segundo ele, essa proposta de planejamento e de um plano de prevenção, deve partir do município, com base nas políticas públicas, para que, a partir de um projeto apresentado, o governo federal possa garantir financiamento. Contudo, acredita que nenhum dos três entes federativos executa o que deveria ser feito nesse sentido. E conclui: “*se a gente é, hoje, a cidade mais vulnerável do Brasil, a gente tem que ser a mais preventiva*”. (Friburgo 4).

Como forma de se pensar em trabalhos preventivos, citam a importância da integração das três esferas de governo e especialmente o trabalho atento das secretarias de saúde, assistência social e defesa civil no planejamento de ações.

Desastres dentro de um desastre: a sobreposição de danos

Um fato que traz muita tristeza à população de Nova Friburgo como um todo foram os desvios a que passou o município após o evento. São mencionados o elevado número de roubos de doações por quem não necessitava e o roubo financeiro, relacionado ao desvio de verbas destinadas ao desastre.

*Parava carrão nos lugares e enchiam de colchão e esse colchão sumia. Então assim, a tragédia moral foi muito difícil. A gente teve muita coisa boa que foi roubada, que não chegou até as pessoas. (...) Eu acho que existem vários desastres, assim, em relação a 2011 que aconteceram. A gente teve um desastre climático, a gente teve uma desorganização muito grande, a gente teve uma organização muito rápida, mas (...) eu acho que o que mais ficou complicado pra gente aqui, porque a gente se organizou, a cidade se limpou né? Ficou tudo limpinho, as coisas voltaram a funcionar, mas o desastre moral com o roubo, isso machucou muito a gente. (...) Financeiro. Quando houve é, os desvios de verba. **O desastre moral pra mim foi o que mais me machucou [grifo nosso], porque a gente teve aqui presidente da***

¹⁰ Vide item 7.3, páginas 234 e 235.

república, governador, alguns senadores vieram pra cá e quando depois você ouve que houve tanto desvio, né? Aquilo machucou muito, porque como você tira de quem não tem né? Então isso pra mim foi o pior desastre [grifo nosso] (Friburgo 3)

A tristeza por conta dos desvios de verba fica ainda mais intensa quando uma das entrevistadas relembra o trabalho de uma instituição de serviços funerários que voluntariamente fez a lavagem dos corpos e providenciou velórios e enterros. A entrega de cada profissional para que os atingidos tivessem um enterro digno foi lembrada pela entrevistada. Ela cita uma fala marcante de um dos profissionais que atuaram nesse trabalho em relação aos desvios e transmite sua impressão: *“como que eles conseguiram fazer isso com a gente, né? Essa... essa usurpação...” ... porque a gente podia ter se reerguido de uma forma muito melhor se não houvesse tanto desvio de verba como houve. (suspiro). Foi horrível isso”. (Friburgo 3).*

Além da situação dos desvios, outro aspecto extremamente importante no que diz respeito à sobreposição de danos é o reassentamento dos afetados. No decorrer dos anos foram construídos condomínios habitacionais nos bairros Floresta, Bairro Novo e Conselheiro Paulino, neste último o Condomínio Residencial Terra Nova. O início das entregas ocorreu em 2013, dois anos após o evento., sendo concluídas no ano de 2017. Particularmente no condomínio Terra Nova, residem atualmente aproximadamente 820 famílias, oriundas de diferentes bairros e condições sociais.

Os entrevistados avaliam o Condomínio Terra Nova como um espaço gerador de danos, inclusive como um dificultador nas estratégias de promoção da saúde desse grupo. O fato de terem instalado pessoas num mesmo local sem considerar a territorialidade, outro dificultador.

As entrevistas reforçaram e revelaram questões importantes acerca da vulnerabilidade. Ao invés de o desastre na Região Serrana colocar luz em questões como a desigualdade social, vulnerabilidades e a necessidade de proteção social, revelaram uma intensificação dessas desigualdades, vulnerabilidades, marginalização e a consequente formação de grupos estigmatizados. Essa também foi a realidade de Mariana. No caso de Nova Friburgo, esse é o resultado do processo de reassentamento dos moradores do município, que foram afetados pelo desastre.

Todos os profissionais de saúde entrevistados em Nova Friburgo, referem-se ao Terra Nova como um espaço marginalizado e bastante difícil no que tange à construção de um território com grupos tão distintos. No entanto, divergem quanto a observa-

rem um comportamento hostil e preconceituoso da população em geral em relação a esse grupo. Os que percebem essa hostilidade a atribuem não só as diferenças sociais e pelo tráfico local, mas também pelo próprio local, que gera estigma. Não observam uma hostilidade dirigida aos afetados, mas uma estigmatização ao Terra Nova.

(...) Ele foi criado num espaço sem estrutura, não tem posto de saúde, não tem uma escola, não tem um supermercado perto. E aí, esse lugar, ele ficou muito estigmatizado mesmo. (Friburgo 3)

Olha, é... o que a gente vê, há um preconceito para quem, assim, mora no Terra Nova. 'Ah, você mora no Terra Nova, né...'. Porque ali foi misturado muita coisa. Misturou pessoal de um nível social, pessoal de outro nível social, pessoal que morava na roça com o pessoal que morava, é, de repente, onde tinha tráfico, então assim misturou-se muito, então, isso estigmatizou demais, assim, não é só esse motivo, mas acho que estigmatizou demais o local em si, entendeu? (Friburgo 1)

A vulnerabilidade anterior ao desastre também precisa ser considerada nessa discussão. Ressalta-se nas entrevistas o papel do Estado na manutenção desse contexto vulnerável. É dever do Estado amparar a população quando imersa em uma situação de desastre, mas antes disso ele tem como dever a fiscalização e o dever de não permitir a construção de imóveis em locais vulneráveis.

A assistência do Estado é fundamental... (...) aqui em Friburgo, né, o próprio gestor dá condição de você fazer a casa numa pirambeira desgraçada, porque você paga [ênfase] IPTU daquilo... então ele libera a sua obra ali, né... ah, mas sabia que ia acontecer... Poderia acontecer? Sim. Mas a prefeitura liberou pra eu poder fazer aquilo ali... se meu dinheiro dá pra fazer ali, eu vou fazer ali, né? Acho que falta um pouco essa coisa dos nossos governos prestarem um pouco de atenção, né... existe desastre no mundo inteiro? Sim, existe desastre no mundo inteiro... (...) a gente acha que nunca vai acontecer e acontece..., mas assim, a forma de lidar é muito diferente, né? Assim, o apoio logístico [ênfase] é muito diferente... acho que falta muito pra gente isso... (...) Acho que o Estado [êfase] é muito fora disso, né? Acho que ele não se preocupa com isso... se preocupou em construir, sei lá, cinco anos depois essas casas... que são horríveis, que têm tido graves problemas lá, né? Ocupação indevida, um monte de coisa... E aí as pessoas ficam, né? Talvez e aí eu acho que a gente pode entender a questão do aumento do número de suicídios... (Friburgo 5)

Diante do que temos debatido até aqui acerca do caráter social dos desastres, entendemos que as chuvas, enquanto um evento natural, não são as responsáveis diretas pelo desastre. Como ilustra Valencio et al. (2005), elas revelam a crise crônica, mas não causam os desastres e seus efeitos. “O desastre é resultado de uma “interação deletéria entre um evento natural ou tecnológico e a organização social, que coloca em “disrupção” as rotinas de um dado lugar e gera elevados custos - temporais, materiais e psicossociais” (VALENCIO et al., 2005, p. 163-164).

O reassentamento dos atingidos no município envolve uma temática importante na discussão sobre o apoio psicossocial em desastres: a do deslocamento forçado de pessoas atingidas por eventos extremos. No caso de Friburgo, a ocorrência de um des-

locamento interno, que não necessariamente atravessa fronteiras geográficas nacionais ou internacionais.

Ações práticas de apoio psicossocial adotadas em Nova Friburgo e a existência de um trabalho específico para os afetados pelo desastre

Perguntados se há algum trabalho de apoio psicossocial sendo realizado atualmente no município com os afetados pelo desastre, grande parte diz não haver. Contudo, suas avaliações ficam restritas ao âmbito da saúde em geral, e não incluem a atuação da assistência social. Como comenta uma das entrevistadas acerca da falta de um apoio psicossocial atual no município, “*nem na RAPS, nem na rede toda de atenção à saúde*”. Nesse sentido, parece não ter havido atuação psicossocial especificamente dos serviços de saúde em geral, e não da assistência social. Em função dos limites de escopo deste estudo, esta questão não foi explorada, deixando a recomendação para estudos futuros, para que se aprofundem na atuação da assistência social, como o SUAS, CREAS, etc.

Para os entrevistados, as pessoas afetadas pelo desastre continuaram sendo atendidas pela rede pública, nos ambulatórios, nos CAPS e nos demais locais que eram atendidas antes do evento de janeiro de 2011. Apesar de não identificarem, de forma geral, um trabalho específico para os afetados, alguns entrevistados citam intervenções pontuais, como o trabalho de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) realizado logo após o evento e posteriormente. Alguns entrevistados comentam que atualmente está sendo realizado no Condomínio Terra Nova. Além disso, falam de uma atuação em função das taxas de suicídio.

No caso das taxas de suicídio, contam que em virtude do alto número de casos de tentativas de suicídio no período de 2011 a 2014 e do aumento crescente, associado ao aumento dos casos de depressão e de uso de medicamentos antidepressivos, os profissionais decidiram reorganizar o fluxo de atendimento nos serviços de Psicologia ambulatorial e incluir uma pergunta nos prontuários sobre a participação no evento de 2011. Precisavam saber se as pessoas haviam estado em Friburgo na ocasião do evento. Surgiu uma preocupação em como atuar para a redução dessas taxas e como estabelecer algum tipo denexo causal entre o desastre e os casos após o evento de 2011. A fala abaixo traz luz para a questão do esquecimento, do afastamento do tema no cotidiano do município. Evidencia que, mesmo com a opção de não falarem do desas-

tre durante os últimos anos, os dados epidemiológicos municipais os convocam para essa intervenção.

*A gente teve assim 2011, 2012, 2013, 2014 um boom de tentativas de suicídio. E ele só veio aumentando. E aí a gente começou a pensar, “Peráí, tem alguma coisa muito errada acontecendo”. (...) e aí é, a gente voltou a pensar sobre isso... (...) eu reorganizei o fluxo de atendimento em Psicologia ambulatorial, (...) e no prontuário tem uma pergunta, falando: “Você passou em 2011? Você sofreu alguma coisa em 2011? Como foi pra você?”, pra gente ter uma noção de que se essa pessoa que está nos procurando, foi uma pessoa que sofreu e o que isso impactou na vida dela. **Porque a gente, é o que estou te falando, esquece, a gente esqueceu, só que alguns dados fazem a gente lembrar.** [grifo nosso]. (...) Depressão, uso absurdo de medicamento psicotrópico... muito alarmante... principalmente medicamento tarja preta e antidepressivo e as tentativas de suicídio. Então a gente falhou? A gente se omitiu? A população não procurou? A população resolveu entorpecer a dor, né, através do uso indiscriminado? (...), Mas a gente não, não se organizou... Isso eu falo numa boa, a gente não se organizou (...) mesmo depois. A gente não conseguiu pensar assim, evento disruptivo, TEPT, Transtorno do Estresse Pós-Traumático... vamos nos preparar (Friburgo 3)*

(...) a gente entendeu que podia acontecer um boom, né? Não houve esse boom. A coisa ficou. De repente, o negócio surgiu. E aí, agora a gente está tendo literalmente é... um outro, uma outra tragédia. Não de chuva, agora é um incêndio né? Que a gente vai ter que apagar. Então... a gente reequipou a Saúde Mental, a gente tinha um CAPS agora a gente tem um CAPS II, um CAPS AD, um CAPS i, um leito mais organizado psiquiátrico no hospital de referência... (...) A gente organizou o fluxo de tentativa de suicídio, a gente organizou o fluxo de Psicologia, mas a gente, é... a gente realmente deixou muito a desejar. (...) algumas pessoas foram incluídas nos atendimentos ambulatoriais. Algumas ficaram e outras não permaneceram... e outras nunca buscaram. Foi aquele serviço ali nos pontos de apoio e depois essa pessoa (...) não aderiu a nenhum tipo de tratamento. (Friburgo 3)

Apesar das autocríticas ouvidas acerca da ausência de um trabalho de apoio psicossocial aos afetados no município no decorrer dos últimos anos, a TCI é mencionada como um recurso importante de promoção da saúde e cuidado integral. Apenas nas entrevistas com profissionais de Nova Friburgo essa prática foi citada.

A terapia comunitária integrativa, também chamada de *rodas de partilha*, é reconhecida como uma prática integrativa dentro das políticas públicas de saúde. Na atenção básica, é uma estratégia na atuação em saúde mental, com o objetivo de fortalecer vínculos, reconhecer redes de apoio na comunidade e ser um espaço de prevenção de danos (BRASIL, 2006).

Foi incluída recentemente na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), do Sistema Único de Saúde (SUS). “*As rodas de partilha são uma ferramenta terapêutica eficiente de inclusão e resgate, adequado ao contexto do SUS, por participar de uma visão e prática político-social transformadora de profissionais e de pacientes no cuidado mental dentro da Atenção Básica em várias regiões brasileiras*” (FERREIRA FILHA, 2008). Segundo a PNPIC, a TCI previne crises relacionadas ao cotidiano de pobreza, baixa autoestima e insegurança, sendo considerada de baixo custo e acessível. Sua estrutura está atrelada a proposta de cui-

dado integral na saúde pública, como a ressignificação de experiências, construção de vínculos entre profissionais e usuários dos serviços, construção e manutenção de redes de apoio, dentre outros aspectos. (MORAIS, 2010; FERREIRA FILHA, 2008; ROCHA 2009).

Na entrevista, essa prática é mencionada como um recurso nos casos em que as pessoas não procurem os dispositivos tradicionais do sistema público. A fala de um dos entrevistados, reflete a importância e o significado desse trabalho realizado no Terra Nova. O fato de todos no condomínio terem vivenciado o desastre, facilita a condução do trabalho. Esse aspecto é explorado nas intervenções coletivas. Alguns entrevistados acreditam que essa é uma forma de melhorar a qualidade da relação na comunidade, entre os moradores e com os profissionais que ali atuam.

(...) como lá é um espaço (...) que tem agregado só pessoas que passaram pela tragédia, essa é uma tônica generalizada. (...) Na terapia comunitária você usa temas, você escolhe temas. (...) um aprende a ouvir enquanto o outro fala, então com isso a gente melhora, não só a possibilidade de ouvir, mas a possibilidade de falar e ser ouvido e a gente também melhora a qualidade da relação na comunidade. (...) Em vez de ficar patologizando todo mundo, “Ah, fulano é deprimido, fulano tá ansioso, ah fulano tá com problema de consumo de droga, ah fulano tá maluco, (...) essa criança tá com TDAH...” (...) A criança está agitada porque antes ela tinha quintal, agora ela não tem. (...) Porque você ouve a conversa do vizinho, o cheiro da comida do vizinho, o conflito do vizinho, a transa do vizinho. Você ouve tudo. Então você também é ouvido, então você fica, às vezes, constrangido dentro do seu espaço. Não é, não foi um lar construído, foi uma casa recebida né? Então eu acho que a gente pode trabalhar essa questão, aí é uma questão psicossocial, entendeu? Em vez de a gente ir lá e falar, “ó, nós somos a Saúde Mental, se você precisa de atendimento, estamos aqui”. “É, nós somos a Saúde Mental e a gente quer trabalhar saúde mental”. Acho que fica mais legal... em vez de “Vamos distribuir receita de Rivotril!” ... Que é o que eles gostam, né? (risos). (Friburgo 3)

Bom, qual é a proposta agora? Que é uma coisa que a gente está pensando em fazer lá nesse condomínio, que é um condomínio, é, que tem uma ebulição lá. Muito caso de alcoolismo, as pessoas andam muito estressadas lá dentro, assim, brigas e tal. É, eu implantei no dia dois de agosto o cartão Babel de matriciamento em Saúde Mental. (...) eu conversei com uma profissional que faz terapia comunitária integrativa, que é uma estratégia bacana, que não é um tratamento ambulatorial... não é individualizado. É uma estratégia, pelo o que eu entendi, né, que trabalha a potencialidade, o protagonismo né, da comunidade e aí ela topou fazer esse trabalho. (...) A gente vai organizar como é que a gente vai fazer pra, pra fazer o deslocamento desse profissional lá, vê qual é a proposta dela, captar demanda e oferecer os serviços que a gente tem. Se a pessoa quiser se integrar nos serviços, ótimo, senão, a gente vai oferecer esse serviço de terapia comunitária integrativa. (Friburgo 3)

Essa estratégia de trabalho vai ao encontro da abordagem salutogênica, onde o enfoque são os fatores promotores de saúde. Trabalhar com os afetados numa perspectiva que focalize suas potencialidades e o protagonismo comunitário seria uma forma de fortalecer, segundo a abordagem salutogênica, o senso de coerência dos sujeitos e comunidades e, conseqüentemente, sua capacidade de enfrentamento frente às adversidades. Considerando que o senso de coerência expressa a forma com que as pessoas compreendem sua capacidade de lidar com estressores, práticas voltadas para essa

construção de sentido e fortalecimento dessa capacidade são consideradas instrumentos de promoção da saúde, contudo há poucos estudos sobre esse fortalecimento do senso de coerência em pessoas afetadas/atingidas por desastres. Destacamos aqui o trabalho de Braun-Lewensohn em Israel em 2013. Após um ano de um grande incêndio florestal no distrito de Carmel, em Israel, adolescentes de três culturas (judeus, muçulmanos e drusos) foram convidados a descrever seu senso de coerência individual e comunitário, a partir de escalas próprias para essa avaliação. Os autores quiseram examinar a crença de Antonovsky de que o senso de coerência é um aspecto intercultural. Por esse motivo, Braun-Lewensohn analisou os sentidos de coerência em uma cultura considerada individualista – os judeus – e culturas ditas coletivistas – muçulmanos e drucos. Os resultados mostraram que o grupo majoritário, de judeus, apresentou maior senso de coerência individual em comparação com os demais grupos. O senso de coerência comunitário foi maior entre os drusos, considerado um grupo coletivista. Em todas as culturas, o senso de coerência individual evidenciou melhores reações ao estresse. (BRAUN-LEWENSOHN et al., 2017).

O fortalecimento do senso de coerência individual e coletivo através desse recurso citado pelos entrevistados, ajuda na resiliência desses coletivos nos casos de transição social e ambiental, como no caso de desastres. Comunidades consideradas saudáveis têm um senso de comunidade forte, coesão social e capital social. Quando atrelados a interesses comuns e compartilhados, seus integrantes desfrutam dos recursos disponíveis dessa coesão e se organizam ativamente para melhorar a saúde e bem-estar. (VAANDRAGER and KENNEDY, 2017, tradução nossa).

Apesar de não ter sido citada nas entrevistas com os profissionais de saúde de Friburgo, a experiência dos NuPDeCs (Núcleos de Proteção e Defesa Civil) foi mencionada em uma conversa informal na Cruz Vermelha do município como um importante instrumento de prevenção na redução de riscos de desastres e também de construção de resiliência comunitária em alguns bairros de Friburgo. É preconizada como recurso na gestão de riscos e desastres pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil. Os NuPDeCs são núcleos comunitários de proteção e defesa civil, apontados pela Política Nacional de Proteção e Defesa Civil como o elo mais importante dentro do Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil. Tem como escopo integrar o Sistema de Proteção e Defesa Civil, empresas, estabelecimentos de ensino, comunidade e instituições de segurança pública, promovendo uma ação conjunta de toda a sociedade nas ações de segurança social. Sua criação se dá a partir da formação de grupos comunitá-

rios, que participam como voluntários da defesa civil. Sua instalação é prioritária em áreas de risco de desastres, já que nesses locais já pode preparar a comunidade local para a pronta-resposta. Levando em conta que a comunidade é o primeiro agente de respostas em emergências e desastres, antes mesmo da chegada de bombeiros e defesa civil, é fundamental que as comunidades estejam preparadas para essas situações, e os NuPDeCs são recursos nesse sentido. (BRASIL, 2012a; <http://nupdec.blogspot.com>).

Caso 2: Rompimento da barragem do Fundão, da mineradora Samarco, no município de Mariana, Minas Gerais, em 2015

No dia 05 de novembro de 2015, uma tragédia marcou a história da mineração brasileira e dos desastres tecnológicos no país, impactando de forma pungente o meio ambiente. A barragem do Fundão, que pertence ao Complexo minerário de Germano, da empresa Samarco Mineração S/A, situada na cidade de Mariana, Minas Gerais, se rompeu e despejou ao longo de mais de 700 Km de extensão rejeitos de mineração. A Samarco pertence a Companhia Vale e a anglo-australiana BHP Biliton. O rompimento da barragem do Fundão atingiu uma outra barragem, a de Santarém, que criou uma grande onda de lama que invadiu alguns distritos de Mariana, notadamente os de Paracatu de Baixo e Bento Rodrigues, que ficaram destruídos. Ao todo foram contabilizadas 19 mortes e centenas de desabrigados e desalojados. Estima-se que na barragem do Fundão havia um volume de 50 milhões de m³ de rejeitos, sendo que 34 milhões de m³ atingiram a barragem de Santarém e foram lançados na bacia do Rio Doce e os 16 milhões restantes continuam nessa segunda barragem. (COELHO, 2015; MILANEZ, 2016).

Dados do Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos (ACNUDH, 2015), revelam que a lama formada pelos rejeitos de mineração era composta de resíduos de minério de ferro contendo níveis altos de metal pesado. Quilômetros de recursos hídricos foram atingidos pela lama, que alcançou a foz do Rio Doce, no estado do Espírito Santo. (GRUBBA & MONTEIRO, 2018). De acordo com Grubba & Monteiro, o relatório produzido pela ONU denunciando os níveis tóxicos da lama, foi rejeitado pela Samarco, que alegou que a composição proveniente do beneficiamento do minério de ferro, era composto basicamente por água, partículas de óxido de ferro e sílica, não apresentando perigos à saúde humana. (GRUBBA & MONTEIRO, 2018; EXAME, 2015). No entanto, estudos têm revelado que grande parte dos 45 milhões de metros cúbicos de rejeitos de mineração que ficaram depositados no Rio Doce e seus afluentes, ainda causa impacto ambiental e risco à saúde humana e animal, especialmente em período de chuvas. Segundo os pesquisadores desses estudos, vinculados à Coppe - UFRJ, o rejeito é rico em nitrogênio e ferro, o que favorece a multiplicação de bactérias nocivas à saúde. Os estudos revelam um nível de turbidez no ano seguinte ao rompimento muito maior que a média histórica e

67 vezes maior que o determinado pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama). (CORDEIRO et al., 2019; BASTOS et al. (org.), 2017; Greenpeace, 2017). A falta de fiscalização e manutenção adequadas são avaliadas como negligências que levaram ao desastre, somadas a banalização do auto monitoramento de mineradoras e a permissividade nos processos de licenciamento no país. (GRUBBA & MONTEIRO, 2018).

Milanez e Losekann (2016), fazendo referência ao relatório escrito por Bowker Associates¹¹, comenta que esse foi o maior desastre envolvendo barragens de rejeito de mineração do mundo, considerando os registros iniciados em 1915. Na análise feita por Bowker Associates, consideram o volume de rejeito liberado (cerca de 60 milhões de m³), a distância percorrida pela lama (mais de 600 km até chegar à foz do Rio Doce) e os prejuízos estimados (US\$ 5,2 bilhões, ou R\$ 20 bilhões, baseado no valor estipulado pelo governo federal). Segundo Milanez e Losekann:

A análise da heterogeneidade desse evento com saúde mental é imprescindível para esclarecer a dimensão do sofrimento a que foram arrastados os indivíduos afetados pela tragédia. A representação de mundo proporcionada a eles após o rompimento da barragem do Fundão é aterradora. A realidade mostrou-lhes uma natureza implacável, uma humanidade suspeita, uma sociedade impiedosa e instituições, no mínimo, deterioradas. Ou seja, a confiança no mundo das pessoas acometidas pelo desastre foi danificada em todas as suas dimensões” (MILANEZ e LOSEKANN, 2016, p.167).

Até o momento da escrita deste texto, as indenizações devidas ainda não haviam sido pagas e ações de reparação dos recursos naturais e de assistência aos afetados têm sido fragmentadas e ineficientes, potencializando os agravos à saúde das pessoas e do ambiente. De acordo com informações do site Portal Brasil, do Governo Federal, algumas ações foram tomadas pelo Governo para minimizar os efeitos desse desastre, como atendimento emergencial realizado com a ajuda da Defesa civil, das Forças Armadas e técnicos da integração Nacional, antecipação do auxílio Bolsa Família, reconhecimento de estado de emergência em Mariana com liberação às vítimas de saques nos Fundos de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), abastecimento de água, cobrança de multa contra a empresa Samarco e de atuação da mesma na contenção e reparação dos danos, recuperação do Rio Doce, monitoramento contínuo do sistema de alerta da Bacia do Rio Doce, recursos financeiros aos órgãos de fiscalização das

¹¹ Bowker Associates Science & Research in the Public Interest é uma empresa de consultoria americana. Bowker Associates. Samarco dam failure largest by far in recorded history. 2015. Disponível em: <<https://lindsaynewlandbowker.wordpress.com/2015/12/12/sa-marco-dam-failure-largest-by-far-in-recorded-history/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

empresas de mineração, recomposição de documentos, monitoramento da qualidade da água, ações para proteger a fauna da região afetada e liberação de máquinas do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) para auxiliar nas ações de socorro, assistência e restabelecimento de serviços sociais em 86 municípios (BRASIL. PORTAL BRASIL, 2017). Apesar disso, como já mencionado no parágrafo anterior, observa-se ações fragmentadas, descontinuidade da assistência e muitas e ações não concretizadas.

Milanez e Losekann (2016), indicam a situação de negligência prévia ao rompimento da barragem do Fundão e a omissão após o evento, o que gerou uma situação de insegurança generalizada (física, social e emocional) na população afetada. Evidenciam os impactos do desabrigamento e das perdas materiais e subjetivas na saúde mental dos afetados, fazendo com que as ações fossem voltadas para a assistência ao trauma e não a fatores sociais e comunitários. Ressaltam a importância de ações que potencializem as estratégias locais de reorganização comunitária, fazendo uso também dos serviços de saúde daquela comunidade (idem, 2016).

Os autores comentam sobre a grande demanda emergencial de atendimentos em saúde mental *pós desastre* observadas nesse desastre. Esses dados foram obtidos a partir de entrevistas realizadas em estudos na região, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e lideranças do Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB). Relatam casos de problemas psicopatológicos surgidos em função do desastre ou agravados por ele, como depressão, estresse pós-traumático, síndrome do pânico, problemas de sono e crises de ansiedade. Além disso, citam casos de tentativas de suicídio, aumento do consumo de álcool e drogas de forma abusiva, violência doméstica e um caso de surto psicótico e óbito. Destacam a importância do coletivo e da comunidade para ações efetivas de recuperação. (ibidem, 2016).

O cenário do desastre a partir das entrevistas com profissionais de saúde de Mariana/MG:

Acionamento dos profissionais de saúde e funcionamento do setor saúde

O acionamento dos profissionais de saúde abarcou os serviços de urgência e emergência, Saúde Mental e a rede de atenção básica. Além das informações irem chegando aos profissionais de maneira informal, foi através do envio de mensagens pelo celular que a Secretaria de Saúde iniciou o acionamento dos profissionais. No caso da equipe de saúde mental, um facilitador foi o envio de mensagens diretamente para um grupo específico de saúde mental do município. A partir daí, as famílias comecem a ser encaminhadas para a Arena e profissionais são direcionados para esse espaço. As entrevistas ressaltam que muitos profissionais não dormiram e que foi preciso a criação de uma escala de trabalho, já que muitos precisavam retomar suas funções em outros dispositivos. A acessibilidade dos profissionais e o *feeling* para o cuidado foram citados como tendo sido muito importantes naquele momento.

Ah, a gente já estava lá antes das pessoas chegarem... a equipe... porque... foi de uma mobilização muito rápida mesmo... (...) a gente foi aguardando para ver quais que eram as orientações e tudo, assim, e uma hora depois eu já recebi mensagem dessa convocação dos profissionais da Secretaria de Saúde para ir para a Arena, e aí a gente sem entender muito bem qual o horário que as famílias começariam a chegar... (...) quando as famílias chegaram, já tinha alguma estrutura de pessoas fazendo um primeiro cadastro, de outras pessoas recebendo, da estrutura do ginásio para tomar banho, já tinham doações de roupa... então a gente já começava a orientar as pessoas onde elas poderiam pegar roupa, já tinha kit de higiene... (Mariana 5)

(...) a gente sabia que estava chegando pessoas... é... com lama, pessoas surtando lá em Santa Rita Durão, então assim, imediatamente ao rompimento eu e algumas pessoas, alguns profissionais, trabalhamos nesse atendimento direto ao atingido de Bento Rodrigues... é, isso foi numa quinta-feira, na sexta-feira a gente trabalhou a noite toda, até de manhã... é... depois na sexta, a coordenadora pediu para a gente folgar, para a gente dar conta de continuar o atendimento. No sábado eu já me dirigi à Arena de Mariana, que é onde alguns atingidos estavam, mas a maioria já estava alocada em pousadas ou hotéis... foi muito rápido o processo” (Mariana 2)

Você diz assim ‘O que que tinha a priori?’. Tinha isso! O feeling do cuidado. Não tem outra coisa que tinha... [grifo nosso]. *(...) Então quando você tem o, o... quando você é um profissional da Saúde Mental, que você já entende (...) o que que pode segurar esse sujeito, (...) a gente vai precisar de cuidar, de um olhar mais próximo, né, assim... a gente já tem um alerta para isso. É, é isso. (...) É... eu acho que não tinha nada... (...) antes disso (Mariana 3)*

A partir do momento que tem o rompimento, a gente pensa assim... “Nossa, nós vamos ter que criar um plano, então? Um plano emergencial e tal para a gente pensar como é que nós vamos fazer... nós vamos precisar de suporte para esse cuidado dessas famílias”. “Vai ter impacto em todas as frentes também. (...) Nós vamos precisar de mais profissionais”. Isso a gente já concluiu. E não só de profissionais que façam ações aqui dentro. Profissionais já pensando na questão do território. (...) “Acho que nós vamos ter que pedir para a Samarco contratar. Só que quem que vai gerir e vai organizar somos nós”. Esse foi o cuidado desde sempre. (...) e fizemos uma relação dos profissionais que a gente precisava... e realmente (...) a Samarco contrata. (Mariana 3)

Foi realizada uma reunião geral com os profissionais de saúde onde foi possível organizar o que seria feito. De uma forma geral, os entrevistados avaliam que o acionamento dos profissionais e a articulação funcionaram bem, considerando o tempo curto, a falta de preparo prévio e o fato de nenhum profissional da Secretaria de Saúde ter sido mobilizado anteriormente para se pensar num cenário de rompimento de barragem. Importante frisar que, diferentemente do desastre na Região Serrana do Rio de Janeiro, a rede de cuidados do município de Mariana não foi colapsada, possibilitando que a mesma atuasse na resposta de forma mais estruturada.

Dentro do plano de ação construído nesses primeiros dias após o rompimento da barragem, é possível verificar a criação de um comitê montado dentro da Secretaria Municipal de Saúde e a realização de reuniões diárias e longas com o apoio do Ministério da Saúde e do estado de Minas Gerais. Contam que especificamente na área de Saúde Mental, o apoio se deu mais no nível de apoiadores institucionais do Ministério da Saúde. Diariamente ao final do dia, faziam reuniões para repasses e para definirem quais ações foram realizadas e quais seriam as demandas para o dia seguinte. O espaço entre essas reuniões foi aumentando, até seu encerramento em abril de 2016, ou seja, até cinco meses depois do rompimento.

(...) e aí foi sendo feita essa reavaliação mesmo, né... porque aí são ações em vários níveis mesmo... teve esse acompanhamento, essa assistência laboratorial, assistência farmacêutica, as ações todas em vigilância em saúde, a construção de uma equipe de atenção primária aqui dentro da área urbana, para acompanhamento dessa famílias... então essa equipe também teve que aprender a trabalhar dentro de outra lógica territorial, né? Porque aí é construída uma unidade de atenção primária para as famílias que foram deslocadas aqui na área urbana, só que essas famílias também foram alocadas na cidade toda... (Mariana 5)

As equipes de atenção básica e de Saúde Mental foram orientadas a se deslocar para a Arena para oferecer esse acolhimento. Já havia sido definido pela Secretaria de Saúde que as pessoas seriam encaminhadas, com base em níveis de trauma, para a UPA (Unidade de Pronto Atendimento), para o hospital municipal, para a cidade de Ouro Preto e, nos casos mais graves, para a capital Belo Horizonte. Na Arena receberiam a maior parte das pessoas atingidas pelo desastre, com escoriações leves e condições de saúde sem gravidade, porém com potencial de estarem em sofrimento emocional em decorrência do rompimento. Ao lado da UPA, que também ficava ao lado da Arena, havia sido montado um laboratório com uma unidade de diagnóstico por imagem, mobilizado para ajudar os profissionais de saúde nos exames relacionados à contaminação por conta da lama.

Acaba que a demanda para hospitais, ela não foi tão grande assim... né? Foi mesmo de um primeiro atendimento... (...) a unidade de pronto atendimento ela passou a funcionar 24 horas (...) com suporte do hospital Monsenhor Horta para alguns casos... mas em geral, a necessidade era muito mais mesmo de restituição dessa proposta de uma equipe de referência, né... de buscar aquela equipe que acompanhava naquele momento, para que eles tivessem algum tipo de referência... aí lá em Santa Rita Durão também teve, a UBS de lá também funcionou enquanto primeiros atendimentos... (...) que é o distrito que fica ao lado de Bento Rodrigues, né? (Mariana 5)

No próprio dia do evento, toda a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) foi mobilizada. Pela própria composição da RAPS, nas entrevistas o foco maior é dado à mobilização da saúde mental e da atenção primária à saúde, não sendo tão expressivo nas falas como se deu a mobilização dos dispositivos de assistência social. Essa característica da estrutura da RAPS, de não abranger os dispositivos de assistência social, é um aspecto que merece reflexão. Pode ser um indicador de que não é papel inerente e privativo dos dispositivos existentes atualmente na RAPS prestar respostas e ações de cuidado em casos de desastre. A RAPS tem aparecido como elemento norteador para as ações, já que seu foco são ações psicossociais e atuação em crises, porém não é direcionada e preparada para essas situações. Talvez a RAPS necessite de uma reestruturação que considere dispositivos específicos para esse público potencial e inclua em sua estrutura dispositivos da assistência social.

Um dos entrevistados da área de Saúde Mental, conta que na época só havia dois profissionais da área que davam suporte à Bento Rodrigues e Paracatu, que faziam parte da equipe de ESF desses distritos. Portanto, esse número pequeno seria insuficiente para a demanda de atendimentos que viria. Além disso, já se tinha o entendimento de que o rompimento impactaria diversos dispositivos da rede de cuidados do município, como o CAPS, o serviço de referência infanto-juvenil, o matriciamento em Bento Rodrigues, as unidades básicas de saúde, dentre outros. Sabiam que precisariam de profissionais para acompanhar os agentes comunitários de saúde no território, por exemplo, e que a contratação de mais profissionais para integrar a rede se fazia necessária. Os profissionais da saúde mental optaram por se dividir em turnos, tanto na Arena quanto nos outros dispositivos, como a UPA e a sala de acompanhamento de famílias de pessoas desaparecidas, que ficava ao lado da Arena. Alguns deles retornaram para os CAPS para oferecer um suporte mais especializado e outros ficaram de sobreaviso. Conseguiram definir um número entre cinco e seis profissionais, divididos em turnos. Ao final do dia, por volta de 23 horas, algumas pessoas começaram a procurar suporte na Arena, mas o grande contingente de pessoas começou a chegar à Arena no dia seguinte ao rompimento, na manhã de sexta-feira. Nesse dia, segundo um

dos entrevistados, tudo mudou, pois à medida que as pessoas iam chegando, foi preciso oferecer almoço e outros tipos de alimentação. Além disso, nesse intervalo já havia a informação de que as pessoas não ficariam na Arena, que seriam alocadas em hotéis e pousadas de Mariana. Essa mudança demandou uma reorganização de todos e de todo o planejamento feito no dia anterior. Alguns entrevistados contam que, apesar de já terem sido avisados que os atingidos iriam para hotéis, a situação foi caótica.

Alguns profissionais foram direcionados para a UPA, para auxiliar os profissionais da urgência e emergência no caso de alguém em crise. Uma dupla de profissionais de saúde mental foi enviada para um hospital filantrópico conveniado ao SUS, que recusou a chegada de profissionais da rede local. Nesse momento, a equipe da Estratégia Saúde da Família de Paracatu e Bento já tinha sido minimamente restabelecida. Também nesse dia, a área da saúde mental da RAPS começa a montar uma equipe de atenção primária para circular nos hotéis onde as pessoas ficariam alojadas, com o objetivo de promover a escuta e reconstituir os prontuários que haviam sido perdidos no desastre, com histórico clínico, uso de medicação, renovação de receitas e avaliação das condições de saúde. Nesse contexto, havia muitas pessoas que faziam uso de medicamento contínuo, o que exigiu dos profissionais de saúde um planejamento na entrega de medicação. Dois dias após o rompimento da barragem, a equipe da ESF já tinha um mapeamento de onde as pessoas estariam, onde se hospedariam. Foram deslocadas duas profissionais de Saúde Mental para acompanhar os profissionais da saúde da família. O primeiro contato era sempre com a ESF, pelo vínculo estabelecido com as famílias. No entanto, alguns profissionais de Saúde Mental atuavam caso houvesse alguma demanda por atendimento.

Após três ou quatro dias do evento, onde a equipe já trabalhava de forma itinerante para ter acesso à população atingida, foi definida a necessidade de criação de um ambulatório multiprofissional para referenciar as pessoas que buscassem suporte. Já se tinha, nesse momento, uma ideia mais clara do trabalho que seria realizado. Alguns entrevistados contam que poucas pessoas haviam ido até a Arena. Esse espaço de tempo com poucos atendimentos possibilitou a reunião e minimamente a organização dos profissionais. Num primeiro momento, pensam como estratégia inicial a criação de um plano emergencial. À medida de foram construindo esse plano de ação, foram pensando na construção da equipe específica para os atingidos, voltado para ações coletivas no território, que hoje é o Conviver. O Conviver é considerado

um Centro de Atenção Psicossocial, específico para os atingidos em Mariana.

O início do apoio psicossocial após o rompimento da barragem do Fundão

Os relatos das entrevistas apontam opiniões diferentes no que diz respeito ao início do apoio psicossocial propriamente dito, pois alguns entendem que o mesmo teve início já no dia do rompimento, outros somente no momento em que os atingidos são alojados nos hotéis e pousadas. Independente dos pontos de vista divergirem, todos mencionam que o dia do rompimento da barragem foi marcado pelo acolhimento aos afetados, em um espaço conhecido como Arena. O espaço possui uma grande quadra poliesportiva e foi escolhido para receber a população após o rompimento. Os profissionais atuaram dando escuta àqueles que sentissem necessidade de falar sobre o que estava ocorrendo. Paralelamente, estavam sendo levantados os dados de saúde e familiares através de uma triagem. Segundo os entrevistados, a atuação ocorreu de forma incipiente nesse primeiro momento, pois os profissionais não sabiam ao certo o que fazer, já que não havia profissionais com preparação para atuação em desastres ou com alguma experiência nesse contexto. No entanto, a existência da RAPS no município, como preconizam as políticas públicas, possibilitou um senso de organização e norteou a atuação dos profissionais, baseado nas orientações e preparação para atuação em crises. O fato de terem uma rede por trás da atuação, que dava sustentação as ações psicossociais, funcionou como um norte para esses profissionais. Para os profissionais da Saúde Mental, por exemplo, a atuação no CAPS os ajudou a pensar estratégias de ação e a pensar a crise de diversas formas.

*No mesmo dia... foi muito rápido.... [referindo-se ao início do apoio psicossocial]. Foi uma mobilização muito rápida. (...) a gente já estava lá antes, assim... (...) não tinha um plano de ação, não tinha uma perspectiva clara de qual seria a atuação, (...) mas hoje quando eu pego o que seria orientação, a gente fez, assim... desses primeiros cuidados, que é de primeiro trazer as necessidades, retomar as necessidades básicas... dar o banho, dar alimentação... (...) essa identificação das pessoas que tiveram contato com a lama ela já começou a ser feita na primeira noite... (suspira) então... **a minha leitura é essa... de que o apoio psicossocial ele já começa desde a Arena** [grifo nosso] (Mariana 5)*

(...) nas primeiras 72 horas a gente, numa das estratégias de acolhimento e de apoio psicossocial a essas pessoas, foi mais mesmo (...) no acolhimento mesmo dessas pessoas... a gente precisava (...) identificar essas pessoas... dar as informações... porque muitas pessoas que chegavam, não tinham informação sobre do que tinha acontecido ou como tinha acontecido... para onde que elas estavam sendo levadas... (...) proporcionar uma escuta, uma acolhida e alguma intervenção nesse primeiro momento... (Mariana 1)

*(...) no primeiro momento, nós vamos dizer de um apoio psíquico, né, assim... **nós vamos dizer de um apoio psicossocial a partir do momento em que a gente consegue, em que essas famílias são tiradas da Arena... são levadas (...) pros hotéis...** [grifo nosso] já, ainda muito, muito incipiente, muito difícil da gente começar esse cuidado... porque nem elas sabiam o que estava acontecendo com elas, onde*

elas estavam, assim, né? (...) e ali era difícil assim, porque até elas irem para as casas... aí sim. Porque aí a gente já tem uma equipe muito próxima da equipe saúde da família... (Mariana 3)

Apesar da atuação na RAPS ter norteado os profissionais, o fato de não existir um plano de ação trazia uma falta de perspectivas claras de como seria a condução dos processos. Nas entrevistas, quando descrevem o trabalho realizado e as incertezas de como atuar sem um preparo prévio, chama a atenção o fato de que afirmam ter realizado as ações preconizadas nos protocolos internacionais, mesmo sem um plano de ação precedente. Os primeiros cuidados psicológicos, por exemplo, que é uma prática recomendada em contexto de desastre, foi realizada sem que necessariamente soubessem que estavam usando esse recurso.

(...) de um modo geral acho que a gente fez sem saber que estava fazendo... [grifo nosso] (risos). (Mariana 1)

*(...) no início, assim, quando a lama destrói tudo, nesse início é muito, é muito difícil se fazer a integridade desse apoio. Eu acho que, não que não exista, **existe um desejo gigante de se fazer, mas (...) o outro nem tá pronto ainda para receber.** [grifo nosso] (Mariana 3)*

Perguntados sobre a continuidade do apoio psicossocial, os entrevistados focalizam na participação da área da Saúde Mental na estratégia de apoio psicossocial, até porque muitos deles atuam nessa área. Contam que o apoio psicossocial aos atingidos teve continuidade após os primeiros dias do rompimento e que prosseguiu a seguinte estrutura: trabalho em escala de plantão no CAPS, dois profissionais no Centro Vocacional Tecnológico (CVT), usado como ponto de acompanhamento de familiares que procuravam pessoas desaparecidas e que ficava ao lado da Arena, dois profissionais na UPA do município e dois no ambulatório multiprofissional de atendimento emergencial, criado no espaço *Previne* após o rompimento. Além disso havia a sala de cadastro. Uma das unidades das bases de comado ficou também no CVT. Atualmente o trabalho é feito pela equipe Conviver.

(...) O trabalho teve continuidade por nós... [referindo-se à equipe Conviver] (...) E eu sei que teve interferência também de alguns profissionais da empresa, né, da Samarco na época... nas escolas, fazendo intervenção com os alunos... então foi toda uma delicadeza naquele período, mas... tinha prontuário, a gente dialogou com o pessoal que já estava aqui na rede e a gente continuou esse trabalho, mas acabou centralizando no Conviver. (Mariana 4)

Importante destacar que no subdistrito de Paracatu, por exemplo, já havia um serviço de matriciamento antes do desastre, e que parte de Paracatu não foi atingida pela lama. No entanto, Paracatu de Baixo foi completamente atingido. A referência de serviços em Paracatu, na época, era o distrito de Águas Claras. Ou seja, o profissional

que fazia o matriciamento na ESF de Águas Claras, já estava realizando um atendimento conjunto com a equipe da ESF. Alguns profissionais foram deslocados até Paracatu para auxiliar as equipes de ESF. Já em outros subdistritos, como Ponte do Gama, esse reforço na atuação não foi possível, já que os acessos estavam interrompidos. Apenas equipes de primeira resposta puderam chegar ao local. Em uma das entrevistas, foi mencionada a dificuldade da ida de profissionais de Saúde Mental a esses locais mais atingidos, pelo fato de a defesa civil não compreender em alguns momentos a necessidade ou importância da permanência desses profissionais naqueles locais. Com as referências da ESF minimamente retomadas e com um ponto de suporte no Centro de Mariana, a decisão dos profissionais foi ordenar e organizar as estratégias que seriam tomadas ali por diante através da Saúde da Família. Esse entendimento de como seria desenvolvido o trabalho, foi pensado seguindo a lógica do próprio SUS, como é apontado nas entrevistas.

Dentro do que foi exposto até aqui, observamos que uma grande parte da atuação do setor saúde nas primeiras duas semanas após o rompimento da barragem, foi marcado por um trabalho muito mais itinerante das equipes da atenção primária e de saúde mental, especialmente as da ESF. Os atendimentos que já estavam agendados antes do rompimento, foram sendo realizados por profissionais que ficavam de plantão. Foi montado um espaço na Secretaria de Saúde de Mariana, local bem central da cidade, para que essas pessoas tivessem esse atendimento já agendado. As equipes itinerantes iam até os hotéis na parte da manhã e no final do dia seguiam para esse local na Secretaria de Saúde, até que já não fossem mais necessárias visitas diárias. As atividades realizadas por essas equipes incluíam entrega de medicamentos, troca de curativos, escuta, dentre outras que se faziam necessárias. No caso da equipe de saúde mental, segundo um dos entrevistados, não foi possível realizar intervenções coletivas nesses espaços, como rodas para crianças, por exemplo, em função dos atravessamentos já mencionados. Todas as entrevistas apontam como um dificultador a falta de articulação de alguns psicólogos com o trabalho maior que estava sendo feito. Nesse sentido, optou-se naquele momento por escutas e intervenções mais individuais. Pessoas preocupadas com familiares procuravam assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros profissionais com a demanda e estes faziam a escuta mais particularizada. O ambulatório funcionou nesse formato durante aproximadamente trinta dias, momento em que a equipe da Saúde Mental já tinha

clareza de que o quantitativo de profissionais disponíveis na área não daria conta de responder a demanda, especialmente por sua especificidade. Além disso, precisavam retomar as atividades habituais, restabelecer o funcionamento do serviço:

(...) essa estrutura estava funcionando com os profissionais do CAPS e do CAPS i... então a gente precisava fazer com que esses profissionais voltassem, porque já estava também difícil manter um escala com os profissionais que ficaram... que também estavam sendo demandados, não só pelas intercorrências em decorrência do rompimento da barragem, mas o restante da população... que fazia acompanhamento, que isso não foi suspenso (Mariana 1)

Relação público x privado no desastre tecnológico: os primeiros atravessamentos

A ida das equipes à hotéis e pousadas onde estavam alojadas as pessoas atingidas, foi marcada por atravessamentos importantes. O principal deles foi o fato de a empresa Samarco já ter enviado uma equipe para os hotéis, especialmente de profissionais de Saúde Mental. Foi contratada uma empresa pela Samarco para realizar esses atendimentos de assistência humanitária. E esse trabalho duplo, com perspectivas diferentes de atenção, gerou conflito. Algumas situações são mencionadas nas entrevistas, e nos ajudam a entender esses atravessamentos.

Essa estrutura em que o responsável pelo apoio é uma empresa privada, gerou dificuldades para os profissionais desde o início das intervenções até o momento atual. O fato de ser uma lógica diferente de atendimento gerou dificuldades para se estabelecer espaços de atuação do poder público e da empresa privada. Foram necessárias muitas reuniões para se estabelecer os limites de atuação desses profissionais. Uma das entrevistadas comenta que em muitos casos de desastre, em que municípios estão confusos acerca do que fazer diante do caos, acabam aceitando ajuda de empresas que se voluntariam para ajudar, mas que em Mariana isso não ocorreu. Conta que demarcaram bem o lugar do público na resposta ao desastre.

(...) a empresa tinha muita necessidade de dar respostas e a gente também. Então assim, até localizar onde é o espaço de atuação do espaço público, do poder público... onde é o espaço de atuação da empresa privada... Porque assim, naquele momento a Samarco já começa a contratar empresas de assistência humanitária para atuar no município... e aí a gente teve que ter muitas conversas, assim, para mostrar até onde vai o nível de atuação de cada um, né? (...) dentro dos nossos serviços seriam os nossos [ênfase] profissionais que atuariam, né, assim, até onde eles poderiam atuar, a necessidade dessa identificação, dos casos que fossem identificados por essa equipe privada que eles contrataram, que fosse repassado isso para a gente... então a gente passou a ter algumas reuniões também com a empresa para alinhar isso, assim, e às vezes até para que fosse passado alguns casos por essa empresa que foi contratada por eles na época (Mariana 5)

(...) Por exemplo, em relação à compra de medicamento... precisava restabelecer medicamento para (...) duas comunidades inteiras, assim, e mais parte de outras... Então toda essa compra de medicação era repassada para eles, depois compra de materiais médico-hospitalares mesmo, para as equipes

rodarem, para curativo... (...) foi sendo marcada muito essa responsabilização financeira da empresa, mas uma coordenação do trabalho que era nossa, né... (...) Não é só a empresa que tem que entrar e intervir, sabe? Então eu acho que teve um posicionamento do setor saúde, assim, do município. Porque eu acho que a empresa estava num momento de desespero total mesmo, assim, e ela queria dar todo o tipo de resposta [grifo nosso] (Mariana 5)

Alguns entrevistados contam que houve relatos de intervenções preocupantes realizadas pela equipe contratada pela Samarco, como exposição dos atingidos e desarticulação com o trabalho prévio realizado pela rede pública. Além disso, alguns entrevistados mencionam a preocupação com o foco dos atendimentos realizados por essas empresas contratadas, muito distantes da forma de avaliação clínica da equipe do setor público. Segundo alguns entrevistados de Mariana, havia um foco em concepções neurológicas do trauma, objetivando por exemplo a redução de casos de transtorno de estresse pós traumático (TEPT). Avaliam que o enfoque nesses casos, inclusive baseado em recomendações internacionais, deveria ser as ações coletivas, de base comunitária, evitando a patologização dos atingidos. Não houve uma integração inicial e uma discussão com os profissionais que já atuavam no município com aquelas famílias, ocasionando uma sobreposição de ações e consequente exposição das vítimas. Além da Samarco, contam que uma universidade também contratou profissionais.

Ao longo dos primeiros trinta dias após o rompimento, os profissionais da RAPS procuraram dialogar com a empresa contratada pela Samarco para tentar aproveitar a mão de obra e fazer um trabalho articulado com a Rede, porém os entrevistados alegam que essa articulação e trabalho conjunto não foi possível. Houve, segundo eles, uma demora para que essa empresa se retirasse. Havia um contingente de aproximadamente quize profissionais atuando pela empresa no início da intervenção e esse número foi sendo reduzido em função da diminuição da demanda. Em janeiro, dois meses após o rompimento, já havia uma desmobilização desses profissionais.

A constituição de uma equipe específica foi apresentada à Samarco como uma necessidade premente. Portanto, inicia-se nesse período uma negociação entre a Rede e a Samarco, para que a mesma arcasse com a contratação e custos de profissionais, que apesar de contratados por ela, estariam vinculados à Rede, prestando serviços ao sistema público.

(...) já entendendo a necessidade de ter uma equipe específica, a gente entra em negociação com a empresa de que... “Bom, o cuidado é nosso, mas o custeio é de vocês... porque a gente precisa de profissionais... é... mas o município não vai arcar com isso... Não têm condições e não é responsabilidade dele... arcar com um dano que foi causado por uma empresa...”. E aí a gente parte para organização de um plano de ação... (Mariana 1)

Outro atravessamento que impactou na atuação psicossocial, foi o grande número de profissionais voluntários, principalmente psicólogos, que se hospedaram em hotéis e pousadas de Mariana com o intuito de prestar ajuda. Também houve uma avaliação negativa dos profissionais sobre a atuação dos mesmos, que também não fizeram uma articulação com a rede já existente. De uma forma geral, não houve procura aos profissionais de referência da rede para o entendimento do trabalho que estava sendo realizado e como poderiam intervir, se fosse necessário:

(...) faziam uma série de intervenções e sem articular com a Rede, sem nos procurar... sem saber o que estava sendo feito... enfim, coisas do tipo “Senta aqui, chora... e fala... e...” ...naquela ruminação de sentimentos (...) sem dar uma orientação, uma escuta, um cuidado mais qualificado. Isso atrapalhou bastante... Num determinado momento a gente até entendeu a necessidade que talvez esses profissionais de Saúde Mental, da nossa equipe, se afastassem um pouco... porque já estava tendo alguns ruídos e algumas recusas, em função desses atravessamentos. E aí a gente entendeu que isso poderia prejudicar o trabalho da equipe de Saúde da Família... e isso era o foco principal... não atrapalhar isso... (Mariana 1)

Fundação Renova, Comitê Interfederativo (CIF) e o papel das Câmaras Técnicas

A Fundação Renova é uma entidade privada sem fins lucrativos criada em 2015 pela mineradora Samarco para reparar os danos causados em função do rompimento da barragem do Fundão. Essas ações reparatórias e compensatórias estariam vinculadas aos atingidos e ao meio ambiente, que foi diretamente afetado pela lama e atingiu outros estados, além de Minas Gerais. Foi criada a partir de um dispositivo jurídico chamado Termo de Transação e Ajustamento de Conduta (TTAC), firmado em março de 2016 entre a União, as empresas responsáveis pelo rompimento e os governos dos estados de Minas Gerais e Espírito Santo.

Apesar de a Fundação Renova defender essa forma de contrato de reparação como inovadora (se comparada ao modelo de recurso judicial de conflitos), mais rápida e eficaz, estudiosos e o próprio Ministério Público entendem que é um modelo que não abre espaço para participação dos atingidos e que não considerou em sua elaboração as demandas dessas pessoas. (Site da Fundação Renova - www.fundacaorenova.org; XAVIER & VIEIRA, 2016; FERREIRA, 2016. p. 301 e

302). De acordo com Xavier & Vieira (2016):

O termo de Ajustamento de Conduta é utilizado como a panaceia para todos os males, muito mais em decorrência da morosidade do poder judiciário, do que em função de sua efetividade na garantia de direitos. Essa limitação das “instituições de defesas dos direitos” tem papel decisivo na flexibilização das garantias legais em favor dos interesses empresariais. Evidente, portanto, que o acordo firmado não representou a melhor solução para trabalhadoras e trabalhadores impactados pelo rompimento da barragem do Fundão. (...) Há que se lembrar que o Estado firma termos de Ajustamento de Conduta (...) que reduzem o conflito a uma dimensão supostamente negociada sem, contudo, que as diversas e os diversos agentes sociais envolvidos tenham a prerrogativa de fazerem-se ouvidos, de terem suas opiniões consideradas, sendo certo que as mesas de negociação são inóspitas, excluídas, reticentes ao povo, marcadas por volumes de poder diferenciados. (XAVIER & VIEIRA, 2016, p. 223).

A Fundação tem por responsabilidade realizar 42 programas, definidos pelo TTAC, que incluem a reparação do Rio Doce e seus afluentes, o processo de reassentamento dos atingidos, realização de ações reparatórias e compensatórias, assistência aos atingidos, dentro outros aspectos. Estão divididas em três eixos temáticos: “Pessoas e Comunidades”, “Terra e Água” e “Reconstrução e Infraestrutura”. (Site da Fundação Renova).

Os programas reparatórios e compensatórios, são apresentados pelas seguintes definições técnicas no Capítulo Primeiro, Cláusula 01 do TTAC (TTAC, 2016, p.11):

Programas Reparatórios: Compreendem medidas e ações de cunho reparatório que têm por objetivo mitigar, remediar e/ou reparar impactos socioambientais e socioeconômicos advindos do evento;

Programas Compensatórios: Compreendem medidas e ações que visam a compensar impactos não mitigáveis ou não reparáveis advindos do evento, por meio da melhoria das condições socioambientais e socioeconômicas das áreas impactadas, cuja reparação não seja possível ou viável, nos termos dos Programas.

As ações de apoio psicossocial são mencionadas no documento apenas na Subseção 1.5, Cláusula 54, que trata do Programa de Proteção Social. Além dela, é mencionado em uma Ementa do TTAC, a Nota Técnica Conjunta, de 01 de março de 2016, que versa sobre “*Programas socioeconômicos e despesas extraordinárias que compõem a Proposta de Termo de Transação e de Ajustamento de Conduta, relativo à recuperação dos impactos ambientais e socioeconômicos do rompimento da Barragem de Fundão, em Mariana-MG*”. A Cláusula 54 do TTAC diz que:

A Fundação deverá elaborar, desenvolver e executar um programa para promover a proteção social, por meio de ações socioassistenciais, incluindo ações socioculturais e apoio psicossocial, desenvolvendo o acompanhamento às famílias e aos indivíduos impactados pelo evento, priorizando os impactados com deslocamento físico. (TTAC, 2016, p. 43).

Já a Nota Técnica, descreve o Programa de proteção social incluindo ações socioassistenciais, socioculturais e de apoio psicossocial, com acompanhamento das famílias e indivíduos impactados; adoção de protocolo para atendimento daqueles em situação de vulnerabilidade ou risco social em decorrência do evento. (NOTA TÉCNICA CONJUNTA, 2016, p.5).

O TTAC estabelece a criação de um Comitê Inter federativo (CIF) e define suas atribuições. Trata-se de uma instância externa e independente da Fundação Renova, constituída por representantes do poder público. (TTAC, 2016; <http://www.brasil.gov.br>). É presidido pelo Ibama e composto por representantes da União, dos governos de Minas Gerais e do Espírito Santo, dos municípios impactados, das pessoas atingidas, da Defensoria Pública e do Comitê da Bacia Hidrográfica do Rio Doce. Sua função é orientar e validar os atos da Fundação Renova para administrar e efetuar as medidas de recuperação dos danos resultantes do desastre. (Fonte: Site do IBAMA – Ministério do Meio Ambiente - <https://www.ibama.gov.br>).

O Comitê Interfederativo (CIF) é composto por 11 Câmaras Técnicas, que representam setores diversos, dentre eles a Saúde. As Câmaras Técnicas também estão previstas no TTAC. Elas assessoram as decisões dos membros do CIF por meio de estudos e elaboração de Notas Técnicas, fornecendo subsídios para que eles supervisionem e decidam sobre os 42 programas que compõem o TTAC. As decisões das Câmaras Técnicas orientam as ações da Fundação Renova, que precisa cumprir os prazos e ações estabelecidas. Existem sanções previstas caso essas ações e prazos não sejam cumpridos, o que faz parte das ações de fiscalização e monitoramento do CIF. Segundo o site do Ibama, apesar de já ter sido multada diversas vezes por descumprir ações de drenagem, cadastro das comunidades atingidas, indenizações, atraso no fornecimento de água em comunidade quilombola, dentre outras ações, a empresa se nega a pagá-las e é reincidente, acumulando dívidas milionárias e não atendendo à muitas demandas que se fazem urgentes. (Fonte: Site do Ministério da Agricultura. <http://www.brasil.gov.br/recuperacao-da-bacia-do-rio-doce/camaras-tecnicas-do-comite-interfederativo>).

Criação e atuação de equipe específica para o cuidado aos atingidos: a equipe *Conviver*

Durante os primeiros trinta dias após o rompimento da barragem, a organização humanitária Médico sem Fronteiras e as coordenações nacional e estadual de saúde mental, ajudaram no planejamento da equipe de saúde mental de Mariana. Esse período de orientações e de atuação os ajudou a compreender a necessidade de uma equipe específica para atender as demandas do desastre e que acompanhasse diretamente os atingidos, desde que estivesse articulada com a RAPS. A organização dessa equipe estava sendo pensada levando em conta os dispositivos existentes na Rede: já havia dois CAPS (CAPS I e CAPS i) e o serviço de matriciamento na atenção básica. A ideia era construir intervenções no território, em espaços como a escola, praças, igrejas, associação de moradores. O que eles chamaram naquele momento de “*frentes de trabalho*”. O objetivo era garantir tanto o cuidado individual como coletivo. Essas frentes de trabalho foram mapeadas e foi estabelecido que de dois a quatro profissionais desempenhariam cada grupo de ações no território.

Com as ações e quantitativo de profissionais definidos, no mês de dezembro foi concretizado o acordo com a Samarco. Inicia-se a contratação de parte dos profissionais para essa equipe específica ainda no mês de dezembro, finalizando no mês seguinte. Na ocasião, foram contratados quatorze profissionais para a equipe Conviver, além dos que foram designados para atuar no CAPS I e no CAPS i. O CAPS i é voltado para atendimento infanto juvenil e é chamado de *Crescer* (Crescer Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil).

O Ministério Público havia estipulado que até o dia 25 de dezembro de 2015 todas as famílias deveriam estar instaladas em algum imóvel, saindo dos hotéis e pousadas. Essa moradia seria paga pela Samarco até o reassentamento em local definitivo. Essa data de saída dos hotéis e entrada nos imóveis coincidiu com o início do trabalho da equipe. Portanto, os primeiros contatos dessa equipe com as famílias já foi feito nos domicílios. Foram realizadas escutas, atendimentos mais individualizados nos casos em que as pessoas se encontravam mais fragilizadas e encaminhamentos que se fizeram necessários. A saída dos hotéis foi considerada rápida, até porque havia o problema do fácil acesso da mídia e de outras pessoas aos atingidos, que estavam muito fragilizados. Nas entrevistas foi mencionado apenas um caso em que a pessoa precisou retornar ao hotel, pois apresentou transtornos que precisaram de um

acompanhamento maior das equipes.

O primeiro contato mesmo com as famílias foram (sic) nas visitas domiciliares, que eram os locais que eles estavam (...) a gente utilizou um instrumento que foi adaptado, né, que era o (...) Mapa de Redes Pessoais Significativas, que a gente fez as primeiras avaliações mesmo de como essa família estava no território... e algumas condições relacionadas à saúde, a circulação no território, redes de apoio, relações, vínculos religiosos, vinculação com o serviço de assistência social, com o serviço de saúde (Mariana 4)

Foram mapeadas quatro micro áreas que concentravam essas pessoas, sendo que grande parte delas ficou na região central de Mariana, onde não havia ESF. Esse fato foi avaliado pelos entrevistados como positivo e negativo ao mesmo tempo. Positivo porque consideram ter sido mais fácil organizar uma estratégia de cuidado específica, sem se desviar do que o sistema de saúde trabalha. Negativo porque com uma cobertura prévia de ESF no município, essas pessoas seriam inseridas naquele trabalho, demandando um aumento da equipe por estarem recebendo um grande contingente de pessoas e com um expressivo quadro de vulnerabilidade. Ou seja, a inclusão dessas pessoas numa estrutura já existente demandaria da mesma forma a organização de estratégias específicas.

O fato de não haver cobertura de ESF na área central de Mariana, onde a maior parte dos atingidos foi instalada, não impactou negativamente o planejamento e organização da equipe, sendo necessário somente pensar em ações específicas por ser um público que não receberia mais essa cobertura da ESF. Atualmente há uma cobertura de ESF em uma unidade básica de saúde na área central da cidade, que atende os atingidos de Bento Rodrigues e Paracatu que estão residindo na área urbana. O planejamento é que esse serviço seja transferido para o Novo Bento e Paracatu após o reassentamento. Além da zona urbana não contar com um serviço de ESF na época, também não havia unidades básicas de saúde. O que havia no Centro de Mariana na ocasião do rompimento da barragem era um ambulatório muito pequeno, que comportava poucas pessoas. Por conta do espaço pequeno desse ambulatório, a equipe contratada para atuar com os atingidos utilizava os espaços do CAPS e do Crescer, mas de forma itinerante. Essa ainda é a forma de trabalho da equipe. Não existe, desde sua concepção, um local base para que fiquem instalados. Trata-se de um trabalho onde os profissionais circulam a todo momento.

Cada uma das quatro micro áreas mapeadas contava com uma dupla de profissionais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações no território. O planejamento foi organizar espaços coletivos nesses territórios, tanto de escuta como

de integração com o novo local, muito diferente do que residiam anteriormente. Houve uma dispersão e um rompimento de vínculos muito grande, já que as famílias atingidas foram espalhadas por toda a cidade.

(...) tem família de Bento hoje que mora lá no Colina, que são bairros de Mariana, tá? Então se dividiu lá em Mariana... então a gente pegou as duplinhas e dividiu por território. (...) E aí elas foram propondo, tanto o acompanhamento à essas famílias, e ações no território... (...) Então eu sei que cada família tem a referência nessa equipe, sabe? (...) aí normalmente manda o quê? O psicólogo com um assistente, um psicólogo com um TO e tal... Se precisa de alguma coisa, ela vai e aciona. (...) Foi criando um vínculo com essa equipe. E é esse vínculo que a gente tem justificado, né, até agora, (...) a renovação desse contrato, a renovação dessa equipe... (Mariana 3)

Essa equipe foi ampliando seu trabalho e o quantitativo de profissionais ao longo dos anos, e no ano de 2017 ganhou o nome de *Conviver*. Foi inspirada no projeto *Acolhe Saúde*, criado em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, após o incêndio que ocorreu na boate Kiss. Nomear a equipe foi uma estratégia de criação de identidade do serviço. As estratégias de cuidado foram sendo delineadas em reuniões de equipe, sendo inicialmente muito incipientes em virtude do desconhecimento sobre o que fazer naquele momento. Mas já tinham a compreensão de que o foco era atuar com um perfil de população deslocada, desterritorializada e que desconhecia o território, conseqüentemente, os dispositivos públicos que poderiam dar suporte a eles.

Eles não se reconheciam aqui, vinham muito pouco... (...) as estratégias iniciais, então, primeiro, foi fazer um mapeamento do território de Mariana, tanto para nós... (risos) porque eu também não conhecia aqui... então a gente circulou muito no território, né, porque a gente andava assim... fazendo levantamento de tudo o que tinha para a gente usar, desde praças, escolas, associação de moradores, é... os equipamentos da assistência... CRAS, CREAS... (...) a gente ia tentando entender como é que eles estavam aqui... era um instrumento que avaliava sempre o antes e o depois... (...) qual que era a vinculação do trabalho... educação, lazer, agências sociais, aí saúde e assistência... (...) como é que estava agora, né, depois do rompimento... (...) e aí a partir daí a gente fazia os encaminhamentos. E foi a partir desse primeiro instrumento, esse primeiro contato com as famílias, que a gente começou a pensar nas primeiras ações, né? (Mariana 4)

A fala acima, além de descrever como foi sendo construída a estratégia de cuidados da equipe para os atingidos, mostra como foi sendo conformada uma articulação e um trabalho em rede com os demais dispositivos locais. Chama-nos a atenção que esse instrumento inicial de levantamento de dados para a construção de ações considerou os diferentes níveis de atenção e contextos prévios ao desastre, o que possibilita o estabelecimento de comparações temporais e análises mais fidedignas sobre a situação da população atingida. Além dele, reuniões mensais com equipes da assistência social foram importantes para essa construção de estratégias. Importante frisar que também houve contratação de profissionais pela Samarco para compor o CRAS e

CREAS, contudo, diferentemente dos profissionais do Conviver, estes não foram contratados para atuação específica com os atingidos, mas para toda a população.

(...) Essa equipe ela é específica [Conviver], então ela acaba tendo que se mobilizar para poder articular com essas várias instituições. Uma coisa que eu acho que facilitou muito esse diálogo foi o fórum, que foi o Acolher, que foi criado para discutir sobre essa situação de hostilização, de estigmatização, preconceito. Mas como teve a participação da Arquidiocese, do MAB, que é o Movimento dos Atingidos por barragens, de alguns professores da UFOP, de profissionais da Saúde Mental, do Conviver, da Assistência Social... então assim, vários e vários atores... (...) eu acho que esse espaço, apesar de ter um objetivo bem específico, né, ele auxiliou muito a ampliação desse diálogo e desse contato. (Mariana 4)

O Conviver também atua com apoio matricial na unidade básica de saúde. Faz parte de suas ações. Há uma equipe de matriciamento com alguns profissionais, dentre eles um psiquiatra e terapeutas ocupacionais. Apesar de ficarem alocados na Unidade Básica, esses profissionais fazem parte do Conviver e participam das reuniões de equipe e dos espaços de discussão. Pelo fato de já haver uma equipe específica do Conviver para atuação no território, onde acabam desenvolvendo grande parte das atividades em ambiente externo ou em domicílio, essa equipe na Unidade básica acaba atuando nos casos individuais.

Se for algum acompanhamento domiciliar, por exemplo, para alguém que está mais frágil e tal, a gente faz acompanhamento. Se precisar de algum acompanhamento terapêutico, isso também está no leque das nossas intervenções... (...) apesar de essa não ser a lógica do matriciamento..., mas como a gente tinha uma equipe específica para o território, para fazer esse acompanhamento intersetorial, que está nas comissões, nas escolas e em outros espaços, (...) ela [terapeuta ocupacional] fica nesse atendimento individual (Mariana 4)

Cada família atingida tem como referência uma equipe do território, na qual foram criados vínculos. Apesar de os atingidos terem como opção a procura de profissionais nas unidades básicas de saúde (UBS), o Conviver é a equipe específica para o cuidado desse grupo, de forma que também não sobrecarrega as equipes e o próprio sistema. No entanto, é uma equipe temporária: “(...) é uma estrutura que ela é temporária, né... (...) é algo que precisa ser criado em função da especificidade, mas ela tem um limite temporal também...”. (Mariana 1)

Mesmo com caráter temporário, a equipe *Conviver* permanece atualmente em Mariana prestando assistência aos atingidos. A partir de uma avaliação preliminar, eles entendem que essa equipe ainda é necessária em Mariana, levando em conta que as pessoas vão passar por um processo de reassentamento quando voltarem para suas casas no “Novo Bento”. Elas terão que sair do território que estão e terão que mini-

mamente se restabelecer, se reorganizar e se reorientar nessa nova realidade. Vão passar por uma mudança de vida novamente e irão para um novo território carregado de simbolismo. “*Elas precisam se apropriar desse espaço*”, diz um dos entrevistados. Avaliam que por pelo menos dois anos, após finalizado o processo de reassentamento, ainda devam continuar com o *Conviver*, com outra formatação e desenvolvendo outras ações, adequadas ao momento que estiverem.

Espaços de cuidado no território

Posteriormente ao mapeamento situacional das famílias, a primeira intervenção da equipe foi ir ao encontro delas em seus domicílios, para um atendimento mais individualizado. Em seguida, a estratégia foi trabalhar em espaços coletivos. Exemplos disso são as iniciativas do *Café com Prosa* (detalhado na página 250), o trabalho com as escolas, retorno do futebol feminino de Bento Rodrigues, participação em eventos comunitários e o foco na autonomia comunitária.

Um dos primeiros trabalhos realizados nas micro áreas foi a articulação dessa equipe com as escolas, que já estavam retomando as aulas na ocasião. O intuito era realizar ações voltadas para adolescentes, com acompanhamento e numa perspectiva de matriciamento a partir do trabalho já desenvolvido pela ESF, pensando em ações tanto à nível individual como coletivo. Foram realizadas rodas de conversa e discussão de casos com professores. Paralelamente a esse trabalho, iniciou-se a organização de intervenções nos territórios, em espaços onde essas pessoas estavam residindo e frequentavam. Um desses espaços, foram as reuniões e assembléias organizadas pela comissão dos atingidos. O trabalho, segundo os entrevistados, foi se organizando a partir da identificação de cada profissional, não havendo direcionamento de instâncias superiores.

Nas primeiras ações, quando a gente fez o “Café com Prosa”, que foi uma das ações para conhecer as famílias, para construir algum tipo de vínculo, para fazer esse diagnóstico inicial das famílias que tinham sido deslocadas (...) a gente fazia um café e tinha uma espécie de roda de conversa (...) e depois mais específico mesmo dentro das escolas, uma atuação maior dentro da escola de Paracatu. Ai de um trabalho mesmo, principalmente com os adolescentes e com os professores, dentro dessas rodas de conversa, de orientação aos professores, discussões de casos... (Mariana 5)

Na ocasião do rompimento, havia uma transição dentro dos serviços, por conta de profissionais afastados com licença maternidade e outras questões. Não havia na época uma coordenação geral de saúde mental, por exemplo. Havia uma

coordenação do CAPS e uma coordenação do CAPS i. As questões relacionadas ao desastre, especificamente, sendo uma nova demanda no município, ficaram com pessoas que se identificaram com essa área.

Quando a gente começou a participar das primeiras assembleias, além de tentar entender um pouco o contexto, tentar referenciar essa equipe que não tinha nome no período em nenhum lugar... então, era busca ativa, mas e aí, quando eles precisassem da gente? Como é que eles iam recorrer, né? Naquela época nem tinha uma Unidade... depois que a Unidade foi criada lá e virou um ponto de referência e isso facilitou. Mas a gente começou a construir essas cartilhas e levar essa pauta, esse debate, essa discussão sobre saúde mental, apoio psicossocial, para as comunidades. Então, dizer quem que a gente era, como é que a gente atuava, quem que éramos nós que estávamos indo de casa em casa, onde que eles poderiam nos achar... e desconstruir um pouco, porque saúde mental, principalmente para o pessoal da área rural era... era um... era algo muito estigmatizado (Mariana 4)

Apesar de inspirado no projeto *Acolhe Saúde*, de Santa Maria, alguns entrevistados ressaltam que são estruturas distintas e com ações específicas para as demandas locais. A construção desses trabalhos e equipes específicas deve sempre levar em conta a realidade local.

Uma outra característica da equipe *Conviver* mencionada, é a construção da autonomia comunitária. Ao mesmo tempo que trabalham adaptação e construção de vínculos com os atingidos, trabalham também autonomia, para irem saindo aos poucos e as pessoas e comunidades caminharem sozinhas, sem a dependência de um profissional. Como falado anteriormente sobre o limite temporal e o caráter temporário dessa equipe, a construção dessa autonomia é fundamental. Inclusive, essa dificuldade do afastamento entre a equipe e os atingidos com o passar do tempo, foi citada como um aspecto que vem sendo trabalhado com os profissionais. Em virtude de todo o trabalho de construção de vínculos entre eles, é natural que haja um apego às famílias e locais, e conseqüentemente, seja difícil esse trabalho voltado para a autonomia. Essa construção da autonomia foi citada em uma das entrevistas como um papel do trabalho em saúde, em geral, e que há uma carência de trabalhos de produção de autonomia na área da saúde baseados numa concepção ampliada de saúde.

O papel da Comissão dos atingidos e do Jornal *A Sirene*

Desde a década de 1970, existe no Brasil o Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), movimento social criado em virtude do aumento da atividade de mineração, necessidade de investimentos no país em fontes de energia elétrica (hidrelétricas) e do crescimento dos países emergentes na época. Muitas barragens tiveram sua construção iniciada no período militar, dentre elas a da Hidrelétrica de Itaipu, So-

bradinho, Itapaica, Itá, Machadinho e Tucuruí. O MAB atua na luta pela garantia de direitos de atingidos em função da construção dessas barragens. (ALVES, 2015).

Já a Comissão dos atingidos pela Barragem do Fundão (CABF), foi formada após o rompimento da referida barragem. Ela é composta por representantes de todos os distritos de Mariana. De acordo com os entrevistados deste estudo, na ocasião da sua criação, organizavam semanalmente assembleias gerais no Centro de Convenções da cidade para discutir sobre as negociações com a Renova. Além da Comissão de atingidos, na época, contam que o MAB (Movimento dos Atingidos por Barragens), estava muito próximo dos atingidos, auxiliando nesse processo. Posteriormente, a comissão alugou um espaço como escritório, para que pudessem realizar as reuniões. De acordo com alguns entrevistados, sempre havia um integrante da equipe do Conviver nesses encontros, o que se manteve até o momento. Inicialmente, o intuito dessa participação da equipe do Conviver nas reuniões foi entender o contexto da comissão e, também, referenciar a própria equipe, que na época não tinha o nome “Conviver”. Precisavam ser vistos e reconhecidos para significarem uma referência para os atingidos. Atualmente, a comissão dos atingidos conta com uma assessoria técnica, a Cáritas Brasileira (regional de Minas Gerais), que normalmente é quem conduz as reuniões. Por vezes o Ministério Público também está presente nas reuniões, considerando os diversos processos em que está a frente em prol do atingidos.

A Cáritas é uma organização Internacional, que no Brasil está vinculada a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Dentre suas ações, atua em comunidades em situação de risco e afetadas por desastres, na gestão de riscos e em situações de emergência, voltadas principalmente para a luta de direitos. A Cáritas, como assessoria técnica da Comissão dos Atingidos, promove reuniões e auxilia nas negociações com a Fundação Renova.

Além da Comissão dos atingidos, contam com um importante instrumento de cobrança e manifestação. O Jornal *A Sirene*. O jornal é organizado por alunos de jornalismo da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), com participação dos atingidos e custeio da Arquidiocese de Mariana. Reuniões mensais são feitas para escrita e montagem de pauta do jornal. Os entrevistados comentam que, lamentavelmente, tanto o jornal como os espaços coletivos, de forma geral, atualmente estão enfraquecidos devido ao cansaço dos atingidos frente à tantos entraves:

Atualmente o jornal está assim mais enfraquecido, assim como todos os espaços coletivos. Pelo cansaço. Mas tem aquelas pessoas que estão mais envolvidas e que sempre estão mais a frente, que continuam escrevendo. E que as vezes indica alguém da comunidade, para poder falar, eles acessam, entrevistam..., mas é... é coletivo assim... a pauta é formada por eles (Mariana 4)

Trabalho em rede e a integração dos níveis municipal, estadual e federal e setor privado

Apesar de a estrutura de cuidados de Mariana não ter sido colapsada, entraves para a execução do trabalho nos níveis de articulação em rede e comunicação comprometeram em certa medida a atuação inicial do setor público de saúde. As situações mencionadas anteriormente, contratação de profissionais pela Samarco para atuação nos hotéis e pousadas, grande número de voluntários e contratação de uma universidade, foram exemplos de um trabalho iniciado sem uma articulação, desconsiderando a rede já existente. Após esses desajustes e devidas providências, os entrevistados contam que houve uma tentativa de articulação intersetorial com a rede de assistência social, através do SUAS, que funcionou de forma positiva. Contudo, houve alguns casos de sobreposição de ações, principalmente na área da Saúde Mental. Esses problemas foram sanados após reuniões entre as duas áreas. Alguns entrevistados acreditam que isso possa ter ocorrido em função da própria abrangência do trabalho psicossocial. Por abarcar diversas áreas, ações tendem a ser repetidas por não haver um diálogo entre elas.

O termo psicossocial, (...) ele é um guarda-chuva muito grande, guarda-chuva... (...) e aí em alguns momentos a gente é... observou aí algumas... algumas sobreposições, alguns ruídos... (...) olha, tem a assistência social, que é a... (...) o SUAS, né, assim... pensando CRAS, CREAS...é... um pouco...até o Conselho tutelar tem acompanhado, por conta do aumento (...) dos casos de violência, de outras violações... a Educação (...) tem sido, também um importante parceiro... ainda com muitas dificuldades, assim, também... mas tem entendido e tem sido chamado a esse processo. Hoje, Mariana, eu vejo basicamente esses... esses três setores, assim... (...)Assistência social, Saúde e Educação... é obvio que a Defesa civil também atua muito nisso, mas... ainda numa, numa perspectiva... é... muito auto centrada assim, né... eu vejo a Defesa civil muito... muito fechada numa (respira fundo)... sabe aquela perspectiva meio militarizada, assim, de intervenção... de, de, de organização desses processos... eu vejo um pouco assim. (Mariana 1)

Um aspecto negativo levantado foi o fato de o setor saúde não ter sido chamado a fazer parte das ações num primeiro momento da resposta. Segundo algumas entrevistas, na época houve uma dificuldade de articulação do município com o governo federal, explicada por um deles da seguinte forma:

Eu acho que é uma leitura muito equivocada do processo, que acabou impactando a saúde... primeiro que a saúde não foi chamada a fazer parte de nenhuma estrutura que foi organizada... (...) principalmente no nível federal... (...) e aí a resposta meio que era “Bom, se a responsabilidade é da Samarco,

quem tem que arcar com isso é a Samarco”. (respira fundo) (...) eu acho que a gente tem um Sistema Único de Saúde, que não é entendido enquanto a Política Nacional de Saúde nem pelos seus gestores... porque assim, é entender que... é fazer uma leitura de que “Bom, o dano foi causado por uma empresa, então a empresa que vai fazer tudo... inclusive ofertar e organizar a estratégia de saúde...”. É você jogar no lixo a Política Nacional de Saúde que você tem, o Sistema Nacional de Saúde que você tem... Então eu acho que teve essa dificuldade com o nível federal... o estado já se organizou e já se mobilizou de uma forma muito mais próxima. Então a gente teve uma articulação município e estado (...) muito orgânica... nos auxiliaram muito. (...) Mas acho que foi um momento que... (...) o que a gente esperava, por exemplo, do Ministério da Saúde, veio só a partir do estado, né, e aí foi interessante porque o estado também auxiliou nessa interlocução com o governo federal. (Mariana 1)

As narrativas acima trazem uma discussão importante. Temos no Brasil um sistema de saúde que oferece dispositivos que mantêm acesso direto à população e isso facilita o andamento de qualquer processo de acompanhamento terapêutico, seja a nível médico, social ou de saúde mental. O trabalho tende a ter melhor resposta pelo fato desses indivíduos já estarem inseridos no sistema nacional de saúde. Contudo, muitas vezes eles não são integrados ou faltam recursos, devido a entraves político-econômicos. Muitas vezes a rede não consegue oferecer a estrutura adequada por questões que ultrapassam a sua constituição. A Política de saúde deve orientar as estratégias, inclusive no caso de o agente causador do dano for um ente privado. Defendemos que a lógica de assistência deve ser construída a partir da Política Nacional do SUS, por meio do SUS. Situações como a citada pelo entrevistado podem convergir para o enfraquecimento do próprio SUS enquanto “força motriz” da saúde no país.

Narváez et al. (2009) apontam para a ineficiência na gestão de riscos de desastres quando não há integração entre os diferentes níveis de gestão governamental. Integrações identificadas na área da saúde foram entre profissionais da Secretaria municipal de saúde e os do estado de Minas, através de reuniões regulares.

(...) a gente teve um apoio muito grande do estado e principalmente nas ações de vigilância. (...) Só que aí a gente entra com uma outra estrutura, que é um responsável, que é uma empresa privada, né, assim. Então, inicialmente, a gente teve um pouco de dificuldade para tentar entender qual seria essa lógica de atendimento... (Mariana 5)

Além disso, relatam o contato telefônico do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nos primeiros dias após o rompimento, com o intuito de ajudar as equipes nos primeiros dias. Na época, a então coordenadora da Comissão Nacional de Psicologia de Emergências e Desastres do Conselho Federal de Psicologia, auxiliou os profissionais através do compartilhamento de situações que havia ocorrido na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011, para auxiliar os profissionais de Mariana na tomada de decisões. O auxílio do CFP através dessa Comissão, foi citado como uma ótima inicia-

tiva também em outras situações relatadas nas entrevistas, tanto com profissionais de Mariana como também de Nova Friburgo e da Cruz Vermelha Brasileira.

Com relação à participação dos entes federativos nas estratégias de ação, uma das entrevistadas cita a interferência do estado de Minas Gerais no que tange à cobrança de que ações mínimas fossem tomadas na ocasião do rompimento, principalmente as relacionadas à contaminação com a lama. Além disso, cita um pedido feito ao Ministério da Saúde na ocasião, para que oferecesse educação continuada em relação a emergências e desastres aos profissionais de Mariana, o que não foi efetivado. Os profissionais identificaram a educação continuada como uma necessidade no município.

Quanto ao fato de ter havido integração com o setor privado, poucas ações foram mencionadas nas entrevistas. Foram citadas a atuação de um hospital privado conveniado com o SUS, que atuou na ampliação de leitos e a atuação da própria Samarco, que segundo umas das entrevistadas, procurou responder com medicação e ajuda profissional assim que a barragem se rompeu. Um dos entrevistados relata sua impressão sobre esse aspecto.

Deslocados internos e a integração com o novo território

De acordo com um dos entrevistados, o aluguel das casas foi feito a partir de um mapeamento de todos os imóveis disponíveis para alugar em Mariana na época. Em função da determinação judicial realizada por meio do Ministério Público, para que todas as famílias já estivessem alocadas até o dia 25 de dezembro daquele ano, a empresa conduzia as famílias dos hotéis até os imóveis para que escolhessem o que melhor se adaptava a sua realidade. Foram levados em conta critérios de prioridade, como idosos e gestantes.

Muitas pessoas relatam que elas chegavam lá, viam a casa e “Ah, é aqui”. Tipo, num desespero para poder, né, ter o próprio canto... sair um pouco daquela loucura do hotel, mas não fazia ideia nenhuma de onde que era a casa, que bairro... (...) tem atingidos espalhados, assim, por todos os extremos da cidade... eles estão bem dispersos mesmo, não estão juntos... e não teve nenhum critério, assim, de proximidade, de família, de vizinhança... então agora, né, nesse período que passou, o que a gente percebeu foi que muitas famílias se mudaram, porque aí teve essa possibilidade depois de uma ano solicitar uma mudança para uma outra casa... porque muitas vezes as casas eram muito ruins. (...) A gente vê depois um movimento das famílias de irem se deslocando no território (Mariana 4)

A nova realidade na cidade, o afastamento da zona rural e as circunstâncias do deslocamento forçado, são aspectos de extrema relevância nessa discussão. E esse foi

um dos focos de atuação da equipe criada para promover o apoio psicossocial em Mariana após o rompimento da barragem. O deslocamento dos atingidos que precisavam ir ao centro de Mariana com frequência após o rompimento, não era tarefa simples para muitos deles, como conta um dos profissionais entrevistados: “*as pessoas não sabiam muito bem usar ônibus (...) se deslocar no espaço urbano é muito diferente...*” (Mariana 1).

A discussão e definição de deslocados internos passou a fazer parte do vocabulário humanitário por conta da necessidade de um paradigma de proteção que focasse na população deslocada em seu próprio país. Ainda assim, nos estudos sobre migrações, os deslocados internos são comumente confundidos com outros grupos, como os refugiados e os apátridas. No caso dos refugiados, o deslocamento é caracterizado pelo atravessamento de fronteiras internacionais, diferente da situação dos deslocados internos, que pela abrangência territorial, não têm proteção internacional. Os dispositivos de proteção ficam restritos aos seus países, que muitas vezes não os reconhecem como grupos vulneráveis dentro do território. Dessa forma, a definição de deslocados internos se refere às pessoas que são deslocadas dentro de seu próprio país, por questões relacionadas a desastres, violência urbana, conflitos, etc., que não atravessam uma fronteira internacional em busca de segurança e proteção. (OLIVEIRA, 2004; GRUBBA & MONTEIRO, 2018; ACNUR, 1998).

Como dispositivos legais de proteção a esse grupo, destacamos o documento elaborado pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) intitulado “*Princípios Orientadores relativos aos Deslocados Internos*”, sendo seus princípios baseados no Direito Internacional e reconhecido como um marco de proteção a esse grupo, incluindo todas as fases do deslocamento: retorno, reassentamento e reintegração. Além desse documento, foi criado em 1998 o Internal Displacement Monitoring Centre – IDMC, responsável por produzir conhecimento global sobre padrões de deslocamento interno. Um importante instrumento do IDMC é o Relatório Global de Deslocamento Interno (GRID), que traz um panorama das situações de deslocamento interno ao redor do mundo, indicando os que merecem maior atenção e recursos do setor humanitário. O IDMC indicou o deslocamento interno de milhões de pessoas por ano pelos motivos já apontados anteriormente, como desastres, guerras e violações dos direitos humanos. No entanto, apesar desse importante documento, se reconhece a necessidade

da criação de outros documentos, notadamente dentro dos países. (GRUBBA & MONTEIRO, 2018; CICV, 2015; IDMC (s/d)).

Na situação específica de barragens, no Brasil há um grande número de deslocados internos também em função da construção das mesmas, não só por conta de desastres relacionados a rompimentos. Essa também é uma realidade no restante do mundo. Segundo dados do MAB (2008), no país são mais de 1 milhão de pessoas deslocadas em função da construção de barragens. Chamam a atenção para o fato de que 70% delas não recebem qualquer compensação. E mesmo quando há compensação, não há garantia de que estarão atendidas de modo pleno, já que nesse deslocamento o destino de muitas delas é incerto e muitas populações tradicionais, caracterizadas pelo forte senso de territorialidade e dependência desse território para suas atividades laborais, sofrem uma ruptura das relações com o território. Não há no país dispositivos legais que imponham obrigações pelas concessionárias das barragens, no sentido de minimizarem impactos aos atingidos por conta da construção desses empreendimentos, como por exemplo regras que determinem parâmetros para a transferência dessas pessoas para outros locais. (GRUBBA & MONTEIRO, 2018; DINNEBIER, 2017; MAB, 2008; JERONYMO, 2007).

Os projetos de lei que tramitam atualmente no Congresso Nacional voltados para os deslocados em função da construção de barragens ou de desastres causados por rompimentos, não exploram essa dimensão relativa à proteção especial às populações tradicionais. Atualmente, o único dispositivo legal direcionado aos atingidos por barragens é o Decreto Nº 7.342/2010, que estabelece o cadastramento socioeconômico para identificação, qualificação e registro público das populações atingidas especificamente por empreendimentos hidrelétricos. Aborda de forma indireta as populações tradicionais. (DINNEBIER, 2017). Avaliamos essa limitação protetiva como um obstáculo para ações efetivas de apoio psicossocial no cenário de desastres.

Retomando o trabalho realizado pela equipe Conviver, em Mariana, este se concentrou na promoção da integração dos novos moradores à cidade, além dos atendimentos mais especializados, feitos pelos dois CAPS de Mariana. Os entrevistados descrevem a relevância dada ao que já era feito com essas pessoas pela Rede, não só psicossocial. Essa articulação entre os serviços prévios de atenção e a nova conjuntura dos atingidos era constante, segundo eles, conformando uma estratégia de cuidados

específica, sempre atenta às especificidades da demanda. Se preocuparam em fazer uma articulação da atenção que essas pessoas recebiam nesses serviços, com essa estratégia de cuidado que foi pensada para elas especificamente. Uma fala comum entre os entrevistados acerca desse público, é a de que o perfil dessas pessoas não era o perfil majoritário do CAPS, como pacientes em crise, psicóticos, etc., mas sim de pessoas com demandas específicas e num contexto peculiar, que a todo momento deveria ser considerado. Essa forma de atuação ocorreu para que não se corresse o risco de que o cuidado prestado no CAPS, deixasse de se atentar para as especificidades da demanda que se apresentava. O trabalho desenvolvido pelo Conviver precisou considerar a relação dos atingidos com a cidade, com as ruas da zona urbana de Mariana, muito diferente da que tinham nos distritos da zona rural. Esse entendimento foi importante também para que fosse possível resgatar a rede que havia entre eles e os vínculos sociais.

Um exemplo dessa experiência de resgate da rede, foi a retomada do futsal feminino de Bento Rodrigues. Esse processo foi considerado pelos entrevistados muito difícil no início, já que as mulheres que faziam parte do grupo de futsal não conseguiam se encontrar e quando esse encontro se deu, esbarraram na dificuldade em encontrar uma quadra ou no fato de ser um espaço ocupado majoritariamente por homens. Também tiveram como barreira o medo de circularem durante a noite em uma cidade que não conheciam e que apresentava mais perigos do que o local em que viviam anteriormente. Foi necessária uma ajuda da equipe às essas mulheres.

Equipe da atenção básica, equipe *Conviver* e o grupo de atingidos: similaridades na relação territorial

Uma questão interessante é a semelhança entre esses grupos - o da equipe da atenção básica atuante em Mariana, a equipe do Conviver e o grupo de atingidos - no que tange a relação dos mesmos com o território. Ambos vêm ao longo desses anos procurando estabelecer uma relação de pertencimento com o território, cada qual com as especificidades que lhes são próprias. O grupo de atingidos, em virtude da espera pelo reassentamento definitivo, quando Bento Rodrigues e Paracatu serão reconstruídos em um novo espaço, e a dificuldade na concretização de algumas ações devido aos espaços territoriais, que precisam ser negociados e serem ajustados às suas neces-

sidades. A UBS construída para as famílias que foram deslocadas para a área urbana interfere na forma com que compreendem o território. As ACS têm como referência de território a comunidade. Nesse caso de Mariana, onde as pessoas foram deslocadas para uma área geográfica diferente da que viviam, o referencial das ACS passou a ser as pessoas, a comunidade, e não a questão geográfica em si. Além disso, grande parte das pessoas atingidas pelo desastre foram espalhadas em toda a área urbana de Mariana, porém muitas delas optaram em ficar na zona rural. Por conta desse aspecto, as ACS precisam cotidianamente fazer essa construção com as UBS dos distritos. Já a equipe do Conviver, devido a sua atividade itinerante e a não delimitação de um espaço fixo de trabalho desde sua concepção. Ao mesmo tempo em que entendem a peculiaridade e dinâmica do trabalho da equipe e a importância do deslocamento no território, há também uma certa carência de um espaço para criação de uma identidade, talvez mais no campo simbólico do que necessariamente organizacional. Já os profissionais da UBS construída no centro de Mariana após o rompimento, traz uma outra lógica territorial de trabalho.

Alguns profissionais entrevistados comentam sobre a dificuldade inicial da equipe Conviver de realizar determinadas intervenções pela falta de espaço no território, mas também pelo fato de não terem um espaço específico, enquanto equipe, para esse fim. A proposta sempre foi não ter espaço físico e usar a atenção primária e os dois CAPS para os atendimentos, sempre com a perspectiva de ações coletivas no território. Independente de não terem um espaço fixo de trabalho, entendem que atualmente as instituições, equipes e famílias têm o Conviver como referência de cuidado aos atingidos. Já em relação ao trabalho dos agentes comunitários de Saúde (ACS) com o território, se deu por conta do deslocamento dos atingidos de Bento Rodrigues e Paracatu para a área urbana de Mariana:

(...) são ACS que trabalham com uma comunidade, então a referência enquanto território é a comunidade, né? (...) elas passam pela questão geográfica e passam por todas as relações comunitárias. Nesse caso, a referência são as pessoas... é a comunidade. Mas elas estão espalhadas na área urbana toda. E dessa construção também com as unidades de atenção básica dos distritos, porque aí algumas famílias preferiram morar em áreas rurais, (...) aí são acompanhadas pelas unidades básicas das áreas de referência. (Mariana 5)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nos desastres: atribuições e limites dos CAPSs

Como dispositivos-chave da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os CAPS

têm um papel fundamental no apoio psicossocial da população brasileira. E dentro dessa perspectiva, acaba sendo natural que em situações de desastre, esse serviço seja chamado a fazer frente às demandas que se apresentam nesse cenário. No entanto, não se pode ignorar a finalidade de sua concepção e o público a que se dirigem, de forma que saibamos identificar nessas conjunturas se esses são, de fato, os serviços que melhor atenderão às estratégias de resposta e se são destinados à essa função.

Diante desse questionamento que surge no estudo - com base nas leituras e entrevistas – destacamos aqui o entendimento de alguns entrevistados em Mariana acerca do papel dos CAPS no cenário de desastre e os limites que se colocam.

Os entrevistados entendem que esses centros não têm como atividade-fim o acolhimento da demanda de pessoas afetadas por desastre. No entanto, a criação de um plano específico dentro dos CAPS para atendimento dessa demanda, foi um recurso levantado como plausível nesses casos. Entendem que o CAPS é importante na rede de cuidados aos afetados por desastres, contudo esse cuidado não deve ficar restrito a ele, já que compreende demandas muito específicas. Indicam como boa prática nos casos de desastre a criação de uma equipe específica para essa demanda, articulada com o CAPS, com a ESF e com os demais pontos da rede de cuidados. No caso de Mariana, essa equipe é o *Conviver*, criada exatamente para essa função de dar apoio psicossocial aos afetados, através de uma estratégia específica de cuidado. Observam que a atribuição do CAPS precisa ser bem definida nesses contextos, pois há uma sobrecarga no serviço nesses casos. O país precisa pensar sobre uma estratégia nesse sentido, já que o que se observa é que os profissionais precisam se reinventar e criar uma organização de trabalho para as demandas novas, específicas.

Atualmente, a cidade de Mariana conta com um CAPS I, que atende casos graves de sofrimento mental e casos de uso abusivo de álcool e outras drogas, e um CAPS i, infanto-juvenil, que é chamado de Crescer. Não possuem um CAPS ad, porém o mesmo já está pactuado desde 2013, segundo uma das entrevistadas.

Outro aspecto importante levantado sobre o papel dos CAPS, foi o campo político da luta antimanicomial, em que a área da saúde mental está inserida. Nesse sentido, quando o CAPS assume determinadas ações num contexto de desastre, assume também o enfrentamento de um novo campo político. Há uma sobreposição de campos bastante complexos. Como uma das ações que devem ser acrescentadas à atuação do CAPS, um dos entrevistados cita justamente a compreensão e apoio dos espaços de

ganho desses sujeitos, especialmente à luta e conquista por direitos.

No que tange à estrutura atual dos serviços de cuidado no município, Mariana conta com a estrutura de níveis de atenção já preconizada na Política de Saúde, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): Apoio matricial na atenção básica, atendimentos com demanda domiciliar, atendimento do CAPS para casos graves e a equipe *Conviver* sendo intermediária no território. No entanto, uma das entrevistadas questiona se seria necessária a criação de uma equipe específica, como foi feito, caso a cobertura da atenção básica na área urbana de Mariana não fosse tão baixa e se a magnitude do desastre fosse menor. Segundo ela, a construção da saúde no município está na atenção básica e o próprio apoio matricial seria capaz de realizar esse trabalho frente a um desastre:

Se a gente conseguisse ter essa estrutura bem constituída, se fosse um número de famílias menor, se não tivesse uma situação de deslocamento, se não tivesse uma situação (...) de uma adaptação nesse novo lugar e de uma previsibilidade de retornar alguma normalidade da população, né, assim, talvez a gente conseguisse reorganizar, né, dentro da atenção básica, só aí realmente remetendo os casos graves para o CAPS (Mariana 5)

Levando em conta que os CAPS são os dispositivos de referência na RAPS e ordenadores da política de Saúde Mental, essa característica talvez reforce a tendência levantada nesse estudo: a de se pensar em apoio psicossocial prioritariamente pela vertente da Saúde Mental. Corroborando com algumas entrevistas de profissionais de Nova Friburgo, muitos deles acreditam que as estratégias de apoio psicossocial devem ser pensadas desde o agente comunitário de saúde, na ESF, chegando ao CAPS nos casos específicos.

Atual funcionamento do setor saúde em Mariana: manutenção ou mudanças após o rompimento?

Quando perguntados acerca do funcionamento atual do setor saúde em Mariana e se houve mudanças após o rompimento da barragem, um dos entrevistados diz haver um reconhecimento do papel da atenção primária nesse período. Do ponto de vista de alguns entrevistados, o desastre contribuiu para um fortalecimento, para um novo entendimento da gestão local. Essa mudança de perspectiva e a adoção de ações práticas, foi observada principalmente na rede de saúde mental, necessária em virtude da própria modificação no perfil de adoecimento do município, seja em função da contami-

nação com a lama, seja por conta dos impactos na saúde do aumento do desemprego gerado pelo rompimento.

Pensando em termos de atenção à saúde, um dos entrevistados percebe que a assistência teve que se reorganizar por conta do contingente grande de pessoas e agravos na Rede. Já a vigilância, sofreu um impacto da assistência (os impactos se desdobraram na vigilância). Alguns entrevistados acham que no caso de Mariana, é preciso uma qualificação na rede para se entender o cenário futuro. A realidade de saúde do município mudou e o que tem organizado a assistência é a vigilância. Na opinião de um deles, existem experiências muito boas dentro da vigilância, mas que partem muito mais dos técnicos e coordenadores e nem tanto dos gestores. Não sabe se os gestores têm a dimensão de que o planejamento e a construção de ações de vigilância em saúde mudaram completamente no município.

No que tange ao funcionamento da RAPS, atualmente há um profissional como referência técnica em cada serviço no município e a RAPS realiza uma articulação intra e intersetorial. Além dos dispositivos já citados e do trabalho que vêm realizando, existe a participação de profissionais nas Câmaras Técnicas do CIF (Comitê Interfederativo) e o contrato entre a Universidade Federal de Ouro Preto e a Secretaria Municipal de Saúde.

A reconstrução marcada pela luta por direitos: Mais atravessamentos da relação público-privado

No ano do rompimento da barragem, em 2015, os atingidos receberam uma quantia indenizatória inicial, da qual os entrevistados não souberam precisar o valor, mas acreditam que seja em torno de R\$ 100 mil reais. No final do ano seguinte, também houve um aporte indenizatório. Os valores dessas indenizações foram maiores nos casos em que havia tido perda de algum familiar. Nesse último caso, o valor das indenizações mencionado foi de R\$ 20 mil reais. Vale destacar que há processos em tramitação na justiça contra a empresa Samarco e que esses valores pagos foram destinados ao restabelecimento, compra de itens mais emergenciais e da própria mobília dos imóveis alugados. Os imóveis seguiram um mesmo padrão de itens quando alugadas. Até o momento, continuam recebendo auxílios emergenciais, como o aluguel e, em alguns casos, o chamado *cartão de benefício*. Recebem o valor do aluguel aqueles

que perderam suas casas e o cartão foi dado aos que comprovaram ter tido perda de renda. O valor atual é de um salário mínimo e mais vinte por cento para cada dependente (esposa e/ou filhos). Essa questão do dependente foi bastante problemática, gerando vários conflitos. O problema teve início quando a Renova estabeleceu que o cartão seria destinado a um responsável e seus dependentes, sendo o responsável intitulado pela Renova de *chefe de família*. Considerando o nível de instrução de grande parte dos atingidos e o atravessamento cultural patriarcal, muitos tiveram o entendimento de que o homem da casa seria o responsável pelo cartão, o que ocasionou conflitos familiares. Alguns autores indicam que essa situação tem sido um fator potencializador dos casos de violência doméstica, violência de gênero e uso de álcool e outras drogas nas comunidades atingidas. (RODRIGUES et al., 2016).

(...) por exemplo, na votação do terreno...quando foram votar o terreno para o reassentamento... (...) Bento Rodrigues votou o terreno da lavoura, Paracatu votou outro terreno. Até nessa votação, quem teve que votar era o chefe de família... não eram todos. Do tipo, homens, mulheres, filhos, adolescentes, crianças... então era o chefe de família. Como se o chefe de família tivesse o consenso, como se a família tivesse um consenso, né... (Mariana 4)

Outro aspecto marcante na fase de reconstrução é a dificuldade do reconhecimento, seja enquanto atingido ou como um trabalhador informal. Paracatu e Bento Rodrigues, os distritos mais afetados, situavam-se em região rural, que traz a característica da informalidade de muitos trabalhadores.

Muitas pessoas viviam da subsistência ali, ou então faziam um bico... é... capinava... e uma dificuldade de ser reconhecido pela empresa... é das mulheres... elas faziam costura, ou então vendia (sic) uma quitanda, vendia biscoito... e aí, uma dificuldade assim até para as pessoas se reconhecerem, reconhecerem que aquilo era um trabalho e que elas tinham direito, enfim... Então isso gerou uma série de conflitos para várias famílias, que a gente acompanha. (Mariana 4)

A narrativa acima traduz a dupla dificuldade desse contexto de promoção de direitos nos desastres. Ao mesmo tempo em que não há um reconhecimento dos trabalhos informais por parte da empresa, muitos atingidos também não se percebem, como trabalhadores informais. Acaba sendo necessária a mediação do Ministério Público e das próprias equipes que prestam um serviço de cuidado a esse grupo, para que os mesmos se reconheçam como sujeitos de direitos.

No entanto, o que chama a atenção nessa conjuntura é que existem grupos bastante diversos dentro do grupo de atingidos, que agem muitas vezes de forma discrepante. Referimo-nos a um grupo de atingidos mais militantes, vinculados a movimentos sociais. Apesar de se constituírem um grupo que poderia ter mais força políti-

ca e mobilizar positivamente os demais atingidos na luta pelos direitos, o que se observa a partir da fala de alguns entrevistados, é que essa mobilização acaba produzindo algumas vezes ações danosas. Um primeiro exemplo dessa situação é a forma com que tratam a relação público-privado. Mesmo tendo conhecimento de que os profissionais do Conviver estão vinculados ao setor público e que a gestão e coordenação são do município, o fato de serem pagos pela Renova, que representa a Samarco, gera desconfiança. Essa relação de insegurança interfere no acesso da equipe a esse grupo e acaba causando certos problemas. Isso muitas vezes reflete nas pessoas que não estão à frente do processo e que confiam nesse grupo para dar andamento as causas dos atingidos. Por vezes, não comparecem à reuniões com a Renova ou relacionadas a alguma ação anunciada como em prol dos atingidos, pelo fato de não legitimarem a Fundação, o que atrasa certos processos.

Vai ter uma pesquisa agora da AMBIOS [laboratório de análise de água] para avaliar ação dos contaminantes, né... com relação à lama... e foi um estudo que foi aprovado nesse espaço... com esses vários atores aí diferentes... (...) Mas é uma relação muito delicada (riso), porque... como os atingidos aqui de Mariana, eles não legitimam, não reconhecem a Fundação Renova, assim, pelo menos no discurso, né... (...) e tentam fazer um processo bem desvinculado, assim, às ações, né, das Câmaras Técnicas e de toda a estruturação. Eu digo que era o discurso porque quando trata de outros assuntos, por exemplo, da moradia, eles têm reuniões quase todos os dias com os profissionais da Renova, né? Mas nessas instituições mesmo de governança da Renova... eles não legitimam o CIF, a estrutura das Câmaras Técnicas... se recusam a participar... então... a gente está com uma dificuldade de que, dessas ações que estão acontecendo nesses âmbitos, chegarem até aqui. Os atingidos que eu falo são as lideranças que estão mais à frente, né? Porque essa discussão não chega para todos, ela chega para um grupo mínimo, bem específico. Mas eles recusam, não legitimam e não reconhecem. Então, por exemplo, até quando esse estudo da AMBIOS... a equipe veio para poder apresentar a metodologia, como é que ele seria aplicado... e fez uma convocação para os atingidos. Não foi ninguém. Acho que foram dois. E agora encaminharam um ofício para a comissão para levar essa pauta, né, que é um debate sobre saúde... que não vai ser feito só aqui em Mariana, mas ao longo da Bacia... (...) algumas pessoas me mandaram no WhatsApp... “Olha, eu recebi isso aqui... O que que é?”. Eu falei “Olha, é um estudo e tal..., mas eles vão explicar melhor”. (...) eu tento não entrar muito nisso porque é realmente um campo de disputa... e aí eles...nem levaram como pauta o estudo. Ignoraram mesmo... então... tem algo das recusas, assim, e isso tem dificultado muito algumas ações de saúde mesmo, (...) que são definidas nesse outro âmbito para cá. (...) A maioria nem sabe o que está acontecendo... (Mariana 4)

Também há um estranhamento e até recusa de determinados serviços por considerarem que a Renova é quem os administra, já que é ela quem paga os profissionais, quem construiu a UBS de Mariana e é dona dos carros utilizados pela UBS, por exemplo. Enfim, apesar de um processo de desconstrução que vem sendo feito pela equipe do Conviver com a população, há resquícios dessa desconfiança em relação ao vínculo dos profissionais de saúde contratados pela Renova atuando no público.

(...) isso aí foi um processo todo de desconstrução, mas eu já recebi questionamentos assim... é... isso, inclusive, já saiu no jornal “A Sirene”, que o jornal “A Sirene” tem um tom de denúncia, né, também. É... “Afiml, quem paga não é quem manda?”. [grifo nosso]. (...) e foi uma pessoa assim... que a gente

sentou, conversou... e é como se ele dissesse assim “Eu entendo toda a estrutura, toda a forma de organização, que a gestão e coordenação é toda do município, que eles estão pela Secretaria de Saúde, mas isso para mim pouco importa, porque, afinal, quem paga é quem manda. Então como que eu posso dizer que não tem uma ingerência da Renova na atuação desses profissionais?”. Então, principalmente nesse grupo que é mais militante, que está mais próximo do movimento social, isso acaba interferindo muito (ênfase) o acesso, inclusive são os mais adoecidos nesse processo... E isso dificulta porque têm vários que acessam e tal... até a própria Unidade de Saúde. A Unidade de Saúde tem uma placa enorme escrito “Fundação Renova”... porque foi a Renova que construiu. (...) um atingido já falou comigo “Se eu trabalhasse na prefeitura, eu nunca (ênfase)... tipo assim, eu me recusaria a entrar nessa Unidade com essa placa...”. então é uma polarização... tipo, até no discurso assim... “A Renova é o inimigo”, “A Renova envenena as pessoas... porque sai disseminando informações erradas”. A Renova é um grande obstáculo. (riso)”. (Mariana 4)

As entrevistas em Mariana apontam que a fase de recuperação tem apresentado muitos entraves, que vêm sendo citados nesta tese. Um dos destaques dessas limitações na recuperação é a relação institucional. Uma das entrevistadas considera que o fato de as estratégias de recuperação não estarem apenas sob o domínio do poder público, mas também da Renova, que é uma fundação de direito privado, é uma barreira na recuperação. Traz como um problema o fato de a empresa estar envolvida diretamente nas ações de recuperação e reparação, o que tem trazido dificuldades em relação à responsabilização dos culpados. Esclarece que os profissionais lidam a todo momento com ações de recuperação.

(...) a gente lida com ações de recuperação a todo o momento, assim... e inclusive de ações de recuperação que estão atrasadas, (...) de estudos que a gente não consegue ter respostas, inclusive, de outros níveis, né, assim... é... mas acho que a gente trabalha com a recuperação sim (Mariana 5)

Eles já estão todos em casa. Mas todos já assim muito ansiosos com essa questão do reassentamento, que já é outra novela... (...) porque, assim, cada hora a gente vê essa demora (...) da Samarco em dar essas respostas... Um entrave, né? (Mariana 3)

Como apontam Freitas et al. (2019), a demora na reconstrução das casas nos distritos de Bento Rodrigues, Paracatu de Baixo e Gesteira e a permanência prolongada na área urbana, prolongam o sofrimento, aumentam o estigma desses sujeitos e ocasionam outros desastres dentro do desastre. O setor saúde também deve estar atento a essas questões da fase recuperação. Em Barra Longa, por exemplo, município vizinho a Mariana, existe a situação da lama nas margens do Rio Doce estar afetando a saúde respiratória dos moradores locais, ou seja, anos após o rompimento e na fase dita de reconstrução, os efeitos do desastre na saúde são visíveis. Nesse sentido, os autores reforçam a adoção dos princípios de reconstrução apresentados no Marco de Sendai e uma atuação mais ativa do setor saúde em todas as fases do desastre.

Quanto à forte relação das lideranças com a militância ideológica, de fato é

algo que acaba limitando alguns processos entre a Renova e os atingidos. Avaliamos que esse atravessamento é uma realidade que tem dificultado, inclusive, processos que ultrapassam a questão do desastre, localizando-se em situações do cotidiano nos últimos anos em todo o mundo. Isso é muito negativo, pois faz com que questões fundamentais sejam colocadas de lado em detrimento da manutenção de seus ideais e pensamentos. Muitas vezes observamos que ações não são colocadas em discussão, com diálogo fluido e democrático, porque o antagonismo político-ideológico se sobrepõe. A *demonização* do setor privado como prerrogativa de defesa de ideários anticapitalistas, é um aspecto que, em nossa concepção, merece reflexão. Nesse contexto de desastre tecnológico, por exemplo, onde um ente privado é o causador do dano, essas questões tendem a ser ainda mais fortes. Apesar de reconhecermos o lado sombrio do modelo capitalista, de antemão defendemos o diálogo, a influência mútua e a justiça, compreendendo também a posição dos atingidos enquanto sujeitos impactados pelo desastre e vulneráveis em sua capacidade de ação frente à dimensão do setor privado. Portanto, a falta de interação e escuta, as crenças pré-estabelecidas e enraizadas, somadas ao engessamento de posições, torna-se, nesse caso, um entrave para o desenvolvimento saudável dos atingidos e sua relação com àqueles que detêm a responsabilidade de reparação.

Como estabelecer a integralidade diante das fronteiras entre a Saúde Pública municipal e a Fundação Renova?

Os entrevistados falam da importância de se manter um certo distanciamento da empresa, em virtude desse relacionamento ambíguo criado pela relação público-privado, notadamente no que tange a interferência na condução clínica dos atingidos. Na opinião deles, essa função do cuidado deve ser realizada e coordenada pelo setor público, utilizando sua estrutura de rede existente. A relação com a empresa fica limitada aos casos de alguma interferência ou risco de interferência no projeto psicossocial vigente, ficando a cargo das equipes da rede pública as discussões clínicas dos casos.

*(...) isso nós somos categóricos. Se a Renova vier discutir caso conosco, assim, não vou discutir caso com a Renova não... Quem que coordena e trata somos nós... Eu posso discutir com a Renova outra coisa, eu posso mandar um e-mail pedindo “Olha, eu preciso da troca de casa...”. E isso interfere no meu projeto psicossocial com meu paciente. Isso é outra coisa. Ai eles vão fazer a mudança da casa. Mas discutir clinicamente o caso, a gente não faz isso com a empresa não... (...) **porque a empresa não trata... quem cuida somos nós...** [grifo nosso]. A empresa, ela vai cuidar dessa questão do reassentamento. Do adoecimento não é a empresa que vai cuidar... (...) a gente consegue isso muito na saúde, de falar para os profissionais, esse cuidado ético... muitas famílias se sentem... (...) não gostam de muito*

*contato com a Renova... porque são os culpados e tal... (...) eles fazem distinção... “Ah não, então só o pessoal da saúde...”. Nós não somos o pessoal da Renova. Então tem esse cuidado, porque senão interfere **diretamente** [ênfase] no tratamento. (...) **se a gente ficar se confundindo demais com a empresa, nosso tratamento vai para outro lugar...** [grifo nosso]. (Mariana 3)*

Observamos que a relação público-privado traz outros atravessamentos que vêm dificultando o trabalho realizado em Mariana. Já havíamos falado anteriormente sobre a sobreposição de ações e o trabalho desarticulado com a rede de cuidados do município logo após o rompimento da barragem, onde foram contratados profissionais pela Samarco para realizarem atendimentos nos hotéis. Além disso, grande parte dos entrevistados revela que a Fundação Renova acaba sendo um obstáculo nas ações. A conduta de desconfiança de parte do grupo de atingidos, mencionada anteriormente, é reforçada por ações prejudiciais praticadas pela Renova, como atribuir a ela em redes sociais eventos organizados pelos atingidos, induzindo as pessoas a pensar que a empresa promoveu eventos para os atingidos, realizar divulgações direcionadas aos turistas pela cidade sobre indenizações pagas, desconsiderando as indenizações que não foram pagas, os inúmeros processos na justiça, a falta de reconhecimento de muitos atingidos, o impacto atual da lama na saúde da população em geral, dentre outros aspectos.

Algumas ações da Renova também têm influenciado negativamente nas hostilizações dos turistas em relação aos atingidos, como se estivessem exigindo da Renova mais do que necessitam ou têm direito. Vale destacar o papel da mineradora Samarco na economia da cidade e a representatividade dessa relação entre moradores e a empresa. Muitos defendem o retorno das atividades, entendendo que a cidade precisa da mineradora para manter sua economia estável. Portanto, observamos que em meio à luta por direitos e pela responsabilização dos crimes ambiental e humano, em meio ao não reconhecimento da Renova por parte dos atingidos como entidade responsável pela reparação, há também aqueles que defendem sua permanência e retorno das atividades, alegando defesa do desenvolvimento econômico e manutenção dos empregos. São ideários que permeiam o cotidiano da cidade e que por vezes geram conflitos entre os moradores.

*(...) em janeiro já estava tendo uma manifestação pedindo o retorno das atividades da Samarco na cidade... não tinham nem encontrado os corpos de todos os mortos e desaparecidos... (...) tinha um ou outro [referindo-se aos atingidos], mas a maioria não. (...) a maioria comerciantes, né... populações da cidade. Então com faixas, **“Justiça sim! Desemprego não!”**, **“Volta Samarco!”**, **é... por causa dessa dependência econômica da cidade, que é mais de 80%, né, de dependência da mineração.** [grifo nosso]. (...) aí a gente começou a participar dessas manifestações até para poder entender... e aí, desde esse período inicial eles já questionando mesmo essas solicitações do retorno da empresa... (...) sem nenhuma preocupação com a responsabilização (Mariana 4)*

E têm vários prédios e várias sedes da Renova aqui, inclusive uma ali no Jardim, que é um ponto turístico da cidade, que tem uma maquete enorme, mostrando “Olha como a comunidade escolheu e desenhou suas casas...”, para turista ver... e isso influencia muito negativamente inclusive nas hostilizações. Porque o pessoal vê e fala assim “Ah, a Renova está fazendo de tudo”. Uma propaganda mesmo... “Está dando para a comunidade mais do que ela deveria ter, está dando tudo do bom e do melhor. O que que esse povo está reclamando? Está reclamando de barriga cheia...”, “A empresa tem é que voltar e tal...”. Então assim, ela vem numa forma muito mascarada e isso atravessa muito.... (Mariana 4)

Nesse contexto de divergências entre os que, de um lado, desejam o retorno das atividades da empresa por conta do desemprego, e do outro, aqueles que lutam pela garantia das reparações pelos danos do desastre, criou-se um campo de embates, que adoece a população como um todo e de certa forma beneficia o causador do dano, no caso, a Samarco. Como aponta Zucarelli (2016, p. 321), as vítimas do desastre sofrem difamações por serem consideradas beneficiárias de recursos sem a necessidade de trabalhar, como se usufríssem de um “ganho” em detrimento da falta de emprego e do padecimento dos que perderam seus empregos. Segundo o autor, *“este pensamento ressignifica as vítimas em culpadas pela situação, transfigura a luta por direitos em “benefícios” recebidos e aumenta o sofrimento das famílias que se encontram “provisoriamente” nas casas alugadas”*.

De acordo com uma das entrevistadas, a relação entre público e privado estabelecida para a recuperação confunde tanto os profissionais como os atingidos. Os próprios profissionais da rede e que foram contratados pela Renova por vezes se sentem confusos com essa relação público-privado. O que alguns entrevistados contam é que já existe um pedido feito há quase dois anos para que se crie um programa em que a Renova deposite o valor do pagamento dos profissionais para a Prefeitura, e que o contrato seja diretamente com a prefeitura. Um termo de transação e ajustamento de conduta (TTAC) já foi construído com essa finalidade, no entanto ainda não foi assinado pela Renova, o que leva a judicialização e consequente demora nos processos.

(...) eu acho que é isso que marca o desastre de Mariana desde o início, né, por ser um desastre tecnológico e a forma como essa estrutura da Renova foi construída, como uma instância responsável aí pela recuperação, pelas indenizações e tal... então é um campo de disputa muito forte... dos atingidos com sua assessoria técnica e esse ente, que é a Renova. [grifo nosso]. E aí isso atravessa o reassentamento, a luta pela garantia dos direitos, que é um cansaço, é uma enrolação... o acesso à saúde pela questão do pagamento dos profissionais e da segurança... Tanto que a nossa proposta é que essa forma de contratação se modifique e que o contrato seja feito direto com a prefeitura... (...) mais de um ano e meio, dois, a gestão dialogando para a construção de um programa, em que a Renova vai depositar o valor e a contratação vai ser direto pela prefeitura. E aí entra o Ministério Público, construindo um TAC para que isso aconteça e aí chega na hora de assinar o TAC a Renova não assina. (...) Aí tem que judicializar. E aí não reconhece... tanto para essa vinculação do profissional quanto na garantia dos direitos dos atingidos também. Essa coisa de provar o tempo todo que é atingido, porque... tem muitas coisas... a Renova é um grande problema. [grifo nosso]. Tanto assim, dessa relação dessa

instituição com os atingidos e o adoecimento que vem dessas negociações, dessa enrolação, quanto das equipes que atuam, né, a partir desse contrato... (silêncio) essa questão público-privado é um problema. (Mariana 4)

As duas facetas da judicialização: agente garantidor de direitos ou elemento punitivo e adoecedor?

Quanto à dificuldade de reconhecimento enquanto atingidos (terem que provar que são atingidos), se recorrermos as leis ambientais brasileiras veremos que não há fundamento legal quando se distingue os atingidos entre “atingidos diretos” e “atingidos indiretos”. De acordo com a professora de Direito da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Tatiana Ribeiro, em entrevista ao portal G1 de notícias, apesar de não haver um marco regulatório no Brasil para pessoas atingidas por rompimento de barragens, a classificação de *atingido indireto* não tem fundamentação jurídica. O Direito Ambiental fala de danos diretos e indiretos, mas a condição de atingido não pode ser mensurada. (Portal de notícias G1 – 10/02/2019. Matéria da BBC. g1.globo.com/mg). Essa acaba sendo uma forma da empresa causadora do dano evitar indenizações, levando em muitos casos à necessidade de que provem suas condições.

Um exemplo dessa situação são as pessoas que adquiriram problemas de saúde, especialmente dermatológicos e respiratórios, na cidade de Barra Longa, vizinha de Mariana. Essas pessoas tentam provar na justiça o nexo causal entre a doença e o rompimento da barragem, o que também é questionado por alguns advogados, já que é o causador do dano quem precisaria provar o ônus da prova. Nesse cenário, os mais vulneráveis e com poucos recursos, acabam não tendo condições de dar continuidade judicialmente, sobretudo em função do cansaço e adoecimento. Na referida reportagem do G1, evidenciam que em março de 2018, onze moradores de Barra Longa que participaram do estudo do Instituto Saúde e Sustentabilidade (ISS), descobriram que estavam contaminados por metais pesados, intoxicados por níquel. Parte deles apresentou níveis altos de arsênio no sangue. Mesmo com o envio dos laudos médicos e pedido do Ministério Público de Minas Gerais, houve recusa por parte da empresa em realizar exames nos que não haviam participado do estudo, que precisaram recorrer a laboratórios particulares e arcar com os custos. Além disso, os recursos financeiros pela Renova para pagamento de tratamento aos que já haviam comprovado a intoxicação, são esporádicos.

Ao mesmo tempo em que a gente tenta garantir todos esses direitos das pessoas, as formas como ainda acontecem essas ações e todas essas questões à nível jurídico, ainda são muito distantes da

concepção de saúde que a gente tem. As legitimações das condições de saúde dos atingidos, muitas vezes... muitas vezes não, né? Elas são exigidas a partir de um diagnóstico. [grifo nosso]. Então assim, são leituras muito... são setores que têm leituras e demandas muito diferentes, né, assim... E que não vem do usuário, né? (Mariana 5)

Quando os entrevistados foram perguntados se conversam com a Renova acerca dos impactos da demora na reparação na saúde dos atingidos e como ela percebe essa revitimização, explicam que há pouco contato dos mesmos com a empresa e que ele normalmente se dá nas discussões de casos que merecem atenção da empresa ou nas reuniões dos atingidos, realizada pela Comissão dos atingidos.

A judicialização tem sido avaliada como uma prática em que o agente causador do dano acaba transferindo para a vítima o peso e os encargos de um processo judicial, muitas vezes sofrendo revitimização pela demora do cumprimento de sanções. Como ilustra Pinheiro (2019), trata-se da *“tática de utilizar o tempo para apagar os rastros da tragédia”* (PINHEIRO, 2019, p. 81; XAVIER & VIEIRA, 2016).

Avaliamos esse cenário da judicialização como um agente patologizante, causador de adoecimentos para aqueles que pleiteiam a justiça. Isso é potencializado, a nosso ver, devido também a uma burocratização do Judiciário, morosidade nas sanções e leis pouco efetivas. Como ilustra Zhou et al. (2016), *“sob o manto da mediação e do acordo, por vezes operam imposições excludentes, cujo efeito é a flexibilização de direitos já garantidos pela Constituição Federal.”* (ZHOURI et al., 2016, p. 36).

O processo de negociação ao longo desses anos para o cumprimento de ações reparatórias e compensatórias entre atingidos e a empresa, tem sido demorado, com diversos atores envolvidos e entraves judiciais. A própria criação da Fundação Renova, por meio de um TTAC, é apontada como diferente da proposta inicial, que era a de uma Fundação pública de direito privado. Na forma atual, a empresa controla os recursos e ignora os acordos e negociações firmados com os atingidos e o Ministério Público, além de gerar injustiças e violar direitos quando define quem é ou não considerado um atingido. (HELLER, 2019). Considerando o desconhecimento e falta de manejo dos órgãos públicos do país sobre esse tema e a ausência da temática na legislação brasileira, os causadores do dano acabam detendo o poder de decidir e controlar as ações de reparação. Para isso, como salienta Xavier e Vieira (2016), *“utilizam-se do conceito mais restrito possível”*. (XAVIER & VIEIRA, 2016, p. 217; HELLER, 2019).

Ah, eu vou contratar...”. Eles contrataram dessa forma, mas agora acho que a ideia é, como o Ministério Público disse... “Tem que ter um processo seletivo então para isso...”. Vai fazer... agora está judicializando... Ai mandou um termo de ajustamento de conduta para o município, que o município tem que fazer, sabe? (...) são essas coisas que adoecem e o povo fica adoecido. E aí tem outra coisa que a gente tem que cuidar, é de uma equipe que pode ficar adoecida. Uma equipe que cuida de uma... de uma população... que também está numa situação de instabilidade... e fica uma equipe numa situação de instabilidade... (...) então em certos pontos a gente tem que falar assim... “Ó, tem que segurar, né? Não é assim...”. Porque às vezes a equipe pode adoecer também... E aí? (Mariana 3)

Esse aspecto evidencia uma outra categoria que precisa ser refletida nessa discussão, a dos trabalhadores. Os impactos do trabalho e das formas de trabalho realizadas. Os entrevistados dizem que não há um trabalho sendo feito na área de saúde do trabalhador, voltado para esses profissionais. A situação da equipe Conviver, levando em conta a forma de contratação e vínculos institucionais estabelecidos, caracteriza-se pela instabilidade. Faz-se necessário um processo seletivo, segundo o próprio Ministério Público. Guardadas as devidas proporções, podemos dizer que a equipe está em situação de instabilidade como os atingidos. Isso mostra uma questão antagônica. Ao mesmo tempo em que é necessário um processo seletivo, muitos podem não passar e a equipe ser mudada, o que não seria bom para o processo de vínculo com os atingidos. A contratação deveria ter sido realizada através de processo seletivo desde o início. No entanto, a dualidade e a sensibilidade da relação público-privado permaneceriam, o que também é um entrave.

Protocolos, planos de ação e trabalho preventivo em Mariana

As entrevistas revelaram que o município de Mariana não possuía um arcabouço técnico documental que norteasse os trabalhos de apoio psicossocial em desastre, no que tange a protocolos e planos de ação prévios. Havia um protocolo da Secretaria municipal para casos de desastre, mas que não foi utilizado pelas equipes que atuavam no apoio psicossocial, já que é muito específico e técnico. Contam que se basearam em experiências de outros locais e a assessoramento técnico da organização Médicos sem Fronteiras, por intermédio do Ministério da Saúde. Não havia planos de ação na época do rompimento da barragem voltados para apoio psicossocial em desastres. Os profissionais receberam protocolos de primeiros cuidados no início do trabalho, para uma orientação mais geral. Destacam o Protocolo do Ministério da Integração sobre desastre, que fala sobre grupos vulneráveis e os guias do IASC num segundo momento, obtendo conhecimento a partir dele de que nem todos os atingidos precisariam de atendimento individual, sendo o mais importante o cuidado longitudinal.

Protocolos do Médicos sem Fronteiras também auxiliaram na orientação do que fazer, especialmente nos primeiros cuidados, a questão da não medicalização, a necessidade de atuação conjunta com a atenção básica e o retorno dos atingidos à convivência social. Por conta dessas orientações, na primeira semana já houve uma reunião da saúde mental com a atenção primária para discussão sobre o cuidado com a medicalização. No campo da saúde mental, destacam a Nota Técnica do Conselho Federal de Psicologia sobre atuação de psicólogos em situações de emergências e desastres, relacionadas com a política de defesa civil, que posteriormente foi atualizada, até mesmo em função do desastre em Mariana. O documento é citado como norteador de ações na atuação em desastres, no entanto trata-se de um documento específico para atuação de psicólogos. A referida nota Técnica do CFP foi atualizada em dezembro de 2016 e contou com a participação de um dos profissionais da área de saúde mental de Mariana. O documento atual aborda a atuação da Psicologia na gestão integral de riscos e de desastres, relacionados à Política de Proteção e Defesa Civil.

*Se você pegar a Política de Saúde Mental, posso estar enganado, mas você não tem nada falando especificamente de atuação, de intervenção em desastres... e a partir da experiência, hoje eu vejo enquanto uma falha muito grande. (...) eu pego o Vigidesastres... não existe um protocolo de Saúde Mental pra intervenção... (...) **então falta, no Brasil, para o sistema de saúde, alguma orientação, algum protocolo pra intervenções em desastres** [grifo nosso]. (Mariana 1)*

*(...) Porque aí a gente se depara com a situação, né, e (...) não tinha um plano de ação... (...) então naquele primeiro momento, até em contato com Ministério da Saúde, a gente começou a receber esses protocolos, que são esses protocolos de primeiros cuidados... (...) então a gente usou muito no início o protocolo do IASC, por exemplo, que para quem não tinha nada foi um grande orientador, né... daquela pirâmidezinha que já mostra que não é todo mundo que vai precisar desse atendimento individual, psiquiátrico, né? Porque tinha muita essa demanda do psicólogo e do psiquiatra, né? (...) a própria organização da Secretaria assim, que pensa “Cadê o psicólogo?”, “Cadê o psiquiatra?” ... (...) então essas orientações que vinham, até de alguns protocolos do Médicos sem Fronteiras, desses primeiros cuidados... que aí já apontava para a questão da não medicalização... dessa necessidade de atuação com a atenção primária, né... então **na primeira semana a gente já fez uma reunião com a atenção primária, para discutir medicalização, patologização, de que não tinha que medicar todo mundo...** [grifo nosso]. (Mariana 1)*

Os protocolos mencionados nas entrevistas foram avaliados como importantes instrumentos para uma orientação inicial. Posteriormente, começam a ter contato com profissionais que vivenciaram experiências em desastres e como atuaram naqueles contextos. Um exemplo é o já mencionado trabalho do *Acolhe Saúde*, de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Também assistiram a vídeos sobre a experiência de Belo Monte, por conta do movimento migratório. Pensaram nesses vídeos como uma forma de trazer uma perspectiva clínica diferenciada sobre os deslocados.

Após o rompimento da barragem, comentam que foi construído um plano de ação específico sobre rompimento de barragens. Atualmente, a defesa civil e a Fundação Renova realizam simulados e treinamentos nas comunidades atingidas. Existe um plano de contingência e um plano de ação no município, considerando que há outras barragens em Mariana. Antes do rompimento, só havia um plano relacionado a enchentes, deslizamentos e inundações.

Quanto à existência de protocolos sobre atuação em desastre voltados para profissionais de saúde, todos os entrevistados disseram não haver. Explicam que as ações são construídas no dia a dia das equipes, através de leituras informais, compartilhamento e troca de experiências com profissionais de outros estados, como Santa Catarina e Rio de Janeiro, por exemplo, e participação em eventos.

Os entrevistados desconhecem plano de monitoramento e de prevenção no município, porém um deles teve informações de que a empresa aumentou o nível de exigência em relação ao monitoramento em relação aos riscos de rompimento. Essas ações têm ficado no âmbito da defesa civil. O simulado ocorrido em 2017 foi estrutural, iniciante. Era o início da construção do plano de respostas, das ações de resposta. A partir do simulado iam ser propostas outras ações intersetoriais. Mas de acordo com um dos entrevistados, essas informações são vagas.

Como visualizado em uma das falas acima, alguns dos entrevistados acreditam que faltam no Brasil protocolos direcionados, especialmente para o sistema de saúde. Acreditam que o setor saúde, de forma geral, é pouco inserido nos planos de defesa civil, faltando um trabalho preventivo e intervenções comunitárias de identificação de risco. A saúde é inserida nos desastres somente quando se pensa em quantitativo de profissionais de saúde necessários para responde-los, ou número de ambulâncias necessárias, por exemplo. Ou seja, no âmbito logístico.

Construímos um plano, né... um plano de contingência... muito desse plano foi construído a partir do plano de ação da experiência que a gente teve... então, assim... foi incorporado. (...) aí eu não sei te dizer se há uma dificuldade de órgãos, por exemplo, como a Defesa Civil, de mudar um pouco essa cultura e inserir mais... eu não digo só a Saúde Mental... a saúde nesses processos... porque a saúde é muito mobilizada assim... “Ah, vai ter um exercício aqui... vai ter uma... né...” A identificação é de um cenário de risco... então, quantas ambulâncias, qual que é a estrutura física e essas equipes de primeira resposta..., mas não há um trabalho de prevenção mesmo, de intervenções comunitárias, de identificação desses riscos (...) isso não tem. (Mariana 1)

Importante destacar aqui essa carência de intervenções comunitárias de identi-

ficação de risco. Trata-se de um aspecto fundamental na gestão integral de riscos de desastres e que observamos ser, de fato, pouco trabalhada nos desastres, seja no nível preventivo anterior ao desastre e até mesmo na fase de recuperação, após a ocorrência de um desastre. Quando perguntados sobre ações de prevenção em Mariana, falam especialmente da ausência no setor saúde, esclarecendo que não observam uma atuação de cunho preventivo realizado pela Secretaria de Saúde, porém, como falado anteriormente, alguns têm conhecimento de que na Secretaria de Saúde já existe um planejamento acerca de quem seria acionado de antemão em caso de um desastre e de como seria formado esse comitê. Mas não sabem informar mais detalhes.

Observa-se uma divergência dos entrevistados quando se trata de um plano de contingência atual, que direcione a atuação dos profissionais em geral. Alguns desconhecem, outros dizem não ter e alguns falam da existência de um plano de contingência criado pelos próprios profissionais após o rompimento da barragem.

Como mencionado em algumas entrevistas, no contexto de desastre ocorrido em Mariana, protocolos ajudaram o município com informações iniciais, especialmente no que concerne a questão da não patologização dos atingidos. No entanto, ficou claro a partir das entrevistas, que para a construção específica de ações locais, os protocolos não conseguem englobar a atuação em sua totalidade e especificidade. Essa é exatamente a função desses protocolos internacionais: serem mais amplos, mais generalistas. Cabe ao profissional que vai atuar em desastres, avaliar a realidade local e construir planos de ação e protocolos específicos. De acordo com uma das entrevistadas, a construção de ações a serem realizadas nos locais passa por questões inter e transdisciplinares:

Mas eu acho que os profissionais hoje passam por várias outras leituras, né? (...) a gente precisa estudar o desastre, a gente precisa estudar a situação de pessoas que foram deslocadas, a gente precisa estudar as questões de saúde mental clínicas, né... inclusive de diagnósticos, porque aí em alguns casos a gente vai precisar disso... a gente precisa estudar situações de luto, a gente precisa estudar reintegração, né, e a terapia dentro da comunidade... então, assim, passa por uma questão interdisciplinar, transdisciplinar muito grande e que eu acho que o protocolo, para o contexto de Mariana, ele não dá conta... [grifo nosso] (...) a gente teve contato com ele enquanto orientações gerais... dessa necessidade de um acompanhamento longitudinal e da não patologização, da não medicalização... para isso sim. Mas para construção específica das ações, assim, ele não orienta, né? Mas eu acho que é a função mesmo do protocolo grande, né? (...) Porque aí ele vai orientar o geral... e aí quem está lá a nível local, vai avaliar a realidade local... (Mariana 5)

Essa e outras falas mostram a dificuldade de se traçar ações num contexto de desastre, já que são diversos atravessamentos e questões a serem estudadas e aprofundadas. Avaliamos que, por mais que se tenha um plano de ação, cada desastre, cada

momento e cada contexto, farão daquela situação uma ocasião diferente, nova. Isso mostra a complexidade do trabalho em contexto de desastre, não só no apoio psicossocial. No que diz respeito à construção do plano de ação em Mariana, criado segundo os entrevistados, durante madrugadas logo após o rompimento da barragem, analisamos que se já houvesse um plano minimamente estruturado previamente ao desastre, o tempo poderia ser utilizado de forma mais favorável aos atingidos e aos próprios profissionais. Ao mesmo tempo, cada desastre demanda ações específicas. Um plano de ação poderia funcionar numa perspectiva de prevenção, mas será que seria tão efetivo na fase de resposta ao desastre?

Uma perspectiva levantada que também chama a atenção, é a de que os protocolos são vistos como importantes recursos, especialmente no nível da recuperação. De acordo com alguns entrevistados em Mariana, na Cruz Vermelha e Médicos sem Fronteiras, protocolos voltados para a fase de recuperação em desastres que abordem questões de longo prazo nesse contexto, seriam bem-vindos na área e são considerados, ao mesmo tempo, um grande desafio em sua criação. Esse aspecto será melhor detalhado na etapa 3 da análise, que faz uma discussão geral de todas as entrevistas.

7.2 Percepções, práticas e lições aprendidas: buscando caminhos a partir da experiência de profissionais de saúde de organizações de ajuda humanitária

Apresentaremos neste tópico, o papel de duas organizações humanitárias internacionais na atuação psicossocial em desastres e as características dessa atuação sob a ótica de profissionais de saúde vinculados a elas. Nesse sentido, o foco tem um caráter mais institucional sobre a prática desses profissionais. Análises sobre temas mais específicos serão apresentadas na etapa seguinte (etapa 3), que engloba todas as entrevistas realizadas no estudo.

7.2.1 MOVIMENTO INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO

“Como é que você diz para três mil pessoas “vocês todos não vão poder ir”? (...) Você não pode dizer para três mil pessoas “sobe a serra” ... porque você vai ter três mil problemas...”. Entrevistada se referindo ao grande número de voluntários que procuraram a Organização, no desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro.

O Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho é uma rede humanitária independente e destinada a prestar ajuda humanitária em todas as partes do globo. É considerada a maior rede humanitária do planeta, estando presente em todos os países. Tem como missão a prevenção de danos, proteção da saúde e da vida de populações, preservação da dignidade humana e atuação no alívio do sofrimento humano em situações de emergências e desastres. Para isso, contam com milhões de voluntários ao redor do mundo. Portanto, quando nos referimos a Cruz Vermelha Brasileira, é importante que entendamos que ela está inserida numa estrutura mais ampla, correspondendo a uma dentre as mais de 180 sociedades nacionais que compõe o movimento em todo o mundo. O Movimento é composto por três pilares: o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FIRC) e as Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. Essas três instâncias têm características próprias e são regidas por sete princípios fundamentais: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade. (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, sem ano).

Cavanellas (2014), em sua tese sobre os desafios do cuidado no trabalho humanitário e na emergência hospitalar, faz alusão ao início e evolução do movimento humanitário no mundo, trazendo questões interessantes sobre a criação da Cruz Vermelha. Ela apresenta a informação de que foi a partir da comoção do filantropo suíço Henri Dunant que o movimento humanitário teve origem. Dunant foi impactado com a morte e sofrimento dos soldados e feridos na batalha de Solferino, na guerra de unificação italiana. Escreveu em 1862 o livro “*Un souvenir de Solferino*”, propondo a criação de sociedades permanentes de socorro nesses casos e que fossem pautadas por regras de conduta. Segundo diversos estudiosos, esse acontecimento contribuiu para a criação da Cruz Vermelha e da Convenção de Genebra em agosto de 1864, propagando as bases para o Direito Humanitário Internacional moderno e sendo um marco para o regime Internacional dos Direitos Humanos. Com a ampliação do movimento humanitário ao longo dos anos e a necessidade de estendê-lo a populações que se encontravam em risco, com algum grau de vulnerabilidade ou até mesmo necessitando de assistência por períodos mais prolongados, foram sendo criadas outras organizações humanitárias (CAVANELLAS, 2014; site do Comitê Internacional da Cruz Vermelha - <https://www.icrc.org/pt/doc/resources/documents/misc/emblem-history.htm>).

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha é apontado como tendo nascido em 1863, a partir de um comitê formado para estudar as propostas de Dunant. No ano de 1864, em uma Conferência diplomática realizada em Genebra para transformação das deliberações em tratados internacionais, reconheceu a primeira Convenção de Genebra, dando origem às Convenções de Genebra e ao próprio Movimento Internacional da Cruz Vermelha. Posteriormente passaria a compor o Comitê Internacional e as Sociedades Nacionais. Na estrutura institucional, o Comitê Internacional administra e coordena as atividades internacionais que o Movimento realiza em situações de violência (FONTE: <https://www.icrc.org/pt/doc/who-we-are/mandate/overview-icrc-mandate-mission.htm>).

A Federação Internacional coordena o trabalho de todas as sociedades nacionais e tendo sido a responsável pela implementação do trabalho de apoio psicossocial da organização nos últimos anos, seja para atuação em desastres como em outras situações extremas.

Neste estudo, foram feitas entrevistas com cinco profissionais da Cruz Vermelha Brasileira, todas realizadas no órgão central - Sociedade Nacional - situado na cidade do Rio de Janeiro. Os profissionais atuam nas áreas de promoção da saúde,

saúde mental e apoio psicossocial.

Protocolos e documentos normativos

A pergunta acerca dos protocolos utilizados, visava compreender que documentos orientam a ação dos profissionais e quais normas as circunscrevem. Quando realizada, a pergunta foi direcionada a documentos normativos, protocolos e demais diretrizes que guiassem esses profissionais, incluídos aí manuais, guias, notas técnicas, etc. Teve como intuito conhecer os materiais, as referências documentais comuns e, também, o conhecimento dos mesmos sobre as publicações na área. Apesar de a pergunta ter tido a finalidade de conhecer documentos norteadores das ações psicossociais, sendo de certa forma direcionada à documentação, alguns entrevistados expuseram também sua compreensão sobre a limitação dos documentos. Ou seja, a pergunta possibilitou conhecer a compreensão dos profissionais sobre o uso de documentos, indicando que a atuação nesses contextos extrapola o uso de protocolos, destacando a inclusão de outras formas de orientação do trabalho, como as capacitações, por exemplo.

Perguntado aos entrevistados quais documentos normativos e protocolos fundamentam e orientam o trabalho da Cruz Vermelha de forma geral, os entrevistados citaram os manuais da Federação Internacional da Cruz Vermelha e o IASC. Pelo fato de as sedes do Comitê e da Federação estarem em Genebra, na Suíça, as formações são realizadas online e os profissionais passam a ter acesso a materiais e documentos também através do meio virtual. Eventualmente há capacitações nos países, incluindo o Brasil, com a participação de representantes dessas instâncias. Profissionais são indicados para participar dessas capacitações. A referência ao uso dos guias do IASC é mencionada especialmente para referenciar o trabalho da Cruz Vermelha com foco na Febre Amarela e o desastre na Região Serrana do Rio de Janeiro, a partir do evento em 2011. Contudo, um dos entrevistados diz não levar muito em consideração os guias do IASC na atuação de seu departamento, justificando a questão da singularidade de cada região que o desastre acontece e por considerar que a subjetividade faz com que a situação mude de acordo com cada pessoa.

Indagado sobre a importância desses manuais como instrumentos de avaliação permanente e compartilhamento de práticas mundiais, sejam elas exitosas ou não, bem

como o favorecimento de uma padronização mínima, o entrevistado diz concordar com a padronização no pré e no pós-desastre que o próprio IASC propõe, mas não concorda que essa padronização seja possível na fase de resposta. Segundo ele, “o desastre não tem padrão”:

(...) eu só discordo nisso em um ponto. (...) Não concordo com isso dentro do desastre. Eu posso concordar com padronização pré e pós desastre. No desastre não. O desastre não tem padrão. (...). Porque o desastre é o imprevisível. Então, assim, para você ter uma padronização pré desastre, eu acho muito bom, porque tem que ser estudado. As coisas têm que ser estudadas, tem que ser estudado o que foi feito e a partir do que foi feito, do que deu certo, e depois desse desastre, resultou em quê? Ok. Mas no cenário de desastre... tudo bem, vamos contabilizar as ações, mas... um padrão, mesmo que seja mínimo... eu não consigo concordar. (CVB 5)

Essa perspectiva da não padronização de ações na fase de resposta, trazida por um dos entrevistados, é ponderada por ele quando fala da importância de se apresentar o que *não fazer* nesses cenários. Diretrizes sobre o que não fazer em casos de desastre são pontuadas como necessárias. Soma-se a isso os limites técnicos das áreas de conhecimento dos profissionais que atuam em desastres. Além disso, as normas mínimas de atuação estariam no escopo de cada área de conhecimento e não em um protocolo generalista. A fala abaixo, do entrevistado em questão, ilustra um problema relacionado ao desastre na Região Serrana. O entrevistado conta que voluntários de diversas áreas atuaram em situações que não tinham conhecimento, ultrapassando os limites preconizados em seus próprios campos. Ele afirma que a atuação dos profissionais deve se restringir ao campo de formação, de forma que não cometam novos danos.

Ele funciona no pré e no pós... [protocolo] (...) no desastre ele não funciona... (...) uma coisa que pode ser feita que normalmente não é muito investigada pelas pessoas, é o que não fazer... o que não fazer eu concordo, tem coisas que não cabe se fazer... por exemplo, uma coisa que aconteceu muito (...) em Teresópolis... a enxurrada que se deu, deslizamento, que os mortos até hoje não foram contabilizados... que foi colocar voluntários, (...) nesse caso eu não falo voluntários da Cruz Vermelha, eu falo voluntários da prefeitura mesmo... que estavam lá atuando, ou voluntários barra curiosos que chegavam no local para procurar corpos... aconteceu. E assim, por questões religiosas ou por quaisquer outras questões, eles não sabiam o que fazer com aquilo, afinal é um trabalho técnico. Eles realmente não tinham como saber o que fazer com aquilo... (...) a partir daí teve muitos dedos, considerados como um corpo para os especialistas, que deveriam ter sido contabilizados, para que se ache a que família essa pessoa pertencia... enfim, consiga dar uma origem para aquilo... não foram achados por que? Têm muitos relatos de que viam, faziam o sinal da cruz, ou faziam seu ritual religioso e enterravam... É um protocolo que não faziam: não permitir curiosos, nem voluntários sem preparo, sem uma especificidade, dentro do cenário de desastre...(CVB 5)

Esse fato descrito pelo entrevistado é um exemplo de situação em que uma falha, que pode ter sido interpretada pelos voluntários que lá estavam como algo apropriado dentro do contexto, interfere diretamente no enfrentamento dos familiares que

não puderam enterrar seus entes falecidos no desastre. Interferem em aspectos concretos e simbólicos, em que rituais de passagem precisam ser realizados na vivência do luto. Quanto ao uso do termo *cardápio*, mencionado em duas entrevistas com profissionais do departamento de Psicologia, dizem ser uma forma de compreenderem e adotarem estratégias de forma flexível e adaptativa. Trata-se também de uma crítica ao uso de protocolos muito delimitados na área de Psicologia, que segundo eles, não funciona na atuação em desastres. Dizem usar essa terminologia que foi apresentada por profissionais de Saúde Mental da organização Médicos sem Fronteiras, na ocasião de um evento em que ambos estiveram presentes.

A gente cria uma série de protocolos pra muita coisa, mas dentro da área da Psicologia, dentro da área, desta área específica, a gente não pode ter protocolos... a gente tem que ter cardápios. O que que é cardápio? É aquilo que você tem o básico e você vai acrescentando, você vai tirando de acordo com o local. E aí você tem que ter a expertise para entender o local. As necessidades, quais são as demandas... eu não posso, é... levar um protocolo que eu uso no Rio de Janeiro para o Amazonas... (...) existe o mínimo que a gente tem que olhar. (...) Vamos nos preocupar se ela come, se ela bebe, se é comida de qualidade... se a água é de qualidade, se ela está num local de segurança... (...) não só segurança física por conta de violência, mas segurança com o risco de outros desastres possíveis... (...) Mas como é que está articulando essa família ali minimamente... a partir daí a gente vai acrescentando coisas no cardápio. (...) Então não tem uma coisa assim... “Ah, eu faço isso, eu faço aquilo...”, “Porque está todo mundo estressado e a gente tem que cuidar do stress... “Não, peraí... olha só...”. Estresse a gente tem até fazendo amor... (...) é uma adaptação do organismo e a gente tem que se adaptar... Estresse faz parte. Agora, como essa pessoa está lidando com essa situação, (...) como é que ela está reagindo ou não está reagindo, aí a gente vai encaminhar... (...) acho que a gente precisa ter algumas ferramentas e pensar naquele básico como o que vai acrescentar (CVB 2)

(...) a gente não tem um protocolo... o que a gente tem aqui a gente chama de cardápio. Por que cardápio? Porque a pessoa pode escolher ou não praticá-lo... e a gente entende isso... (...) pela pluralidade, complexidade toda que envolve um desastre... (...) é uma palavra que a gente extinguiu da Cruz Vermelha, é o protocolo. A gente tem um cardápio, que são aquelas ações que a gente pode (ênfase) usar, mas se não for a hora para usar a gente não usa. A gente faz aquilo que a gente entender que deva ser feito. (...) trabalhar com desastre é trabalhar dentro do imprevisto... você sempre vai ter um imprevisto, sempre vai ter um imprevisto... vai ter o caminhão de água que não vai conseguir chegar e você vai estar com sede e a pessoa vai estar com sede... ou seja, vamos voltar lá para a pirâmide de Maslow... com sede você não faz nada. Se você estiver com sede e você não estiver percebendo que está com sede e está trabalhando, você não está em contato consigo mesmo... já não está respeitando seu limite... e por ultrapassar seu limite, você está fazendo uma nova vítima. Você está se tornando uma vítima e não está ajudando ali em nada... (CVB 5)

Foi perguntado aos entrevistados se havia protocolos voltados especificamente para atuação no apoio psicossocial em desastres, organizados pela Cruz Vermelha e, caso não houvesse, quais se utilizam para embasar a atuação. Citaram as capacitações e orientações constantes no Manual da Federação Internacional da Cruz Vermelha, além dos voltados para formação de voluntários e um traduzido de um manual da Dinamarca. Atualmente se baseiam em manuais de outros países, que já têm um trabalho consolidado na área de apoio psicossocial em desastres, mas se referem a eles co-

mo manuais que retratam realidades muito distantes da brasileira, com enfoque em terremotos, tsunamis e outros eventos de origem natural não tão comuns no Brasil. Fazem referência à Colômbia, Dinamarca, Índia, EUA e Portugal como países que já avançaram nas produções científicas e documentos normativos nessa temática.

(...) A Cruz Vermelha ela tem documentos próprios, né? Então a gente tem, por exemplo, um Manual da Federação Internacional da Cruz Vermelha, é um manual que abrange, inclusive, todos os protocolos para apoio psicossocial. É lógico que existem outros que a gente acaba consultando... por necessidade, por interesse, para se aprofundar profissionalmente, como pessoa, né..., mas o que o profissional que trabalha dentro da Cruz Vermelha é obrigado a adotar, são os protocolos dos manuais da Federação Internacional da Cruz Vermelha... (...) o Comitê tem os seus manuais para protocolos em guerras e confrontos e conflitos armados... (CVB 3)

(...) nós somos formados como equipe N, equipe nacional de intervenção... nós somos formados pelo CREPD, que é Centro de referência da própria Federação... (...) então a gente fez, participou dessa capacitação... né... pra poder estar atuando, especificamente, com apoio psicossocial dentro das normas do, do que a gente... aprendeu, vamos dizer assim... e foi como se fosse uma especialização... (...)tem... todo o material de apoio psicossocial... (CVB 1)

Ali nós temos o guarda-chuva da Cruz Vermelha (aponta para o material), que a sociedade da Índia fez... (...) É... na verdade ela colocou aqui... esse guarda-chuva que é o apoio psicossocial, centrado no indivíduo, família e a comunidade. Então é o guarda-chuva de apoio. É uma abordagem integrativa. Você tem aqui a transmissão da informação, que é importantíssima, a gente saber o quê informar... a saúde, o meio de subsistência... aqui não pode parar, né?... habitação, água, saneamento e educação... a gente restabelece isso... com foco. (...) Então a sociedade Nacional na Índia... pelo menos a referência que a gente sempre teve foi dela... e a americana também. Na Índia e na Red Cross... (CVB 2)

Quanto aos materiais citados nas entrevistas como sendo voltados para o apoio psicossocial em desastres, destacamos o guia “*Apoio Psicossocial Comunitário*”, o protocolo de formação de voluntários e um material de abordagem integrativa produzido pela Sociedade Nacional da Índia. O guia “*Apoio psicossocial Comunitário*” é entregue nas capacitações nas comunidades. Trata-se de uma tradução de um manual da Cruz Vermelha da Dinamarca e que, portanto, fala da realidade daquele país. De qualquer forma, é avaliado pelos entrevistados como útil e auxiliar na atuação, já que aborda temas transversais do contexto de desastres, como estresse e luto, dentre outros. Há intenção em construir um manual brasileiro, direcionado à realidade do país, mas a longo prazo. Já o material para formação de voluntários, aborda os aspectos psicossociais, saúde mental dos voluntários e os princípios fundamentais do Movimento Internacional. Buscam materiais de outras sociedades nacionais da Cruz Vermelha, por já estarem pautados nos princípios da Organização. Apesar de diferentes realidades, se baseiam nos manuais da Dinamarca, Portugal e Colômbia, que já atuam de forma contundente com apoio psicossocial. Especificamente sobre a atuação dos psicólogos, seguem as Normas Técnicas do Conselho Federal de Psicologia, dire-

cionadas à conduta dos profissionais da área e seus deveres éticos.

Em relação à protocolos que orientem os profissionais de saúde, foram citados nas entrevistas o material de formação de voluntários, o livro do participante, as normas técnicas do Conselho Federal de Psicologia (no caso específico desse grupo profissional), o Estatuto da Cruz Vermelha e os próprios documentos específicos sobre saúde da Federação Internacional. Chamou-nos a atenção o fato de os entrevistados terem citado, individualmente, apenas um documento a que tinham conhecimento na área, estando a maioria sem conhecimento da variedade de documentos da organização.

A Cruz Vermelha existe em 192 países, e só no Brasil em 21 estados. Então é lógico que é muito difícil você pegar um único documento que atenda a todos esses contextos e realidades. Porque só no Brasil, cada estado, né... vai ter a sua particularidade... a sua população tem uma cultura diferente, ela reage diferente diante dos desastres, né... então é muito difícil você usar. Você tem que adaptar, você tem que criar. É por isso que os coordenadores, os gestores, cada país e cada estado, eles pegam esses manuais e adaptam à sua realidade... né? E isso vai se modificando. (...) a gente tem que adaptar através de cada uma das emergências, a gente tem que adaptar o trabalho, né? Mas existe um protocolo sim, que é universal, né, e que vai sendo adaptado de acordo com a necessidade... (CVB 3)

Dentro do que foi apresentado até aqui, observamos que de uma forma geral os entrevistados identificaram documentos normativos para nortear a atuação no apoio psicossocial e na saúde, porém em alguns departamentos da organização existe o entendimento de que protocolos devem ser encarados como cardápios e não como regulamentos que engessam a atuação. Entendemos que o que os entrevistados chamam de *cardápios*, não deixam de ser protocolos e que não necessariamente serão restritos e “engessarão” as ações. Quando há um reforço na fala em relação a limitação dos protocolos, parece haver uma distinção entre esse último e os ditos *cardápio*, o que em nossa visão não existe. Trata-se da forma em que os mesmos são utilizados. Compreendemos que orientações gerais são necessárias e não necessariamente limitantes. Cada desastre tem suas especificidades, contudo há a necessidade de orientações gerais para guiar as ações. Independente da forma distinta com que se referem a esses documentos, todos os entrevistados mostraram que é fundamental que haja flexibilidade, *feeling*, formação específica para atuação e compreensão e avaliação do contexto.

Em relação aos ajustes, alterações e atualizações dos protocolos institucionais, foi perguntado aos entrevistados sobre como são realizados. Se ao longo dos anos esses ajustes partem das gerências regionais ou do alto escalão da organização.

Todos disseram que são feitos pelo alto escalão, ou em outras palavras, pelas Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha, que são sedes da organização nos países. Segundo os entrevistados, as Sociedades Nacionais têm caráter normativo e regulador e são soberanas em seu território, tendo os estados daquele país uma função operacional. No entanto, podem acatar ou não as mudanças, baseadas no contexto e cultura local. As Sociedades Nacionais são as responsáveis pelo estabelecimento de regras e por disponibilizá-las. Os estados, através de seus departamentos regionais, participam na formulação. Cabe ressaltar que a Sociedade Nacional da Cruz Vermelha no Brasil situa-se no município do Rio de Janeiro e é chamada de órgão central, e que o estado do Rio de Janeiro, mesmo com a instalação do órgão central em seu território, possui um departamento regional. Mesmo considerando a soberania das Sociedades Nacionais para construir seus documentos norteadores, dentro de suas realidades culturais, a Federação Internacional coordena o trabalho de todas as Sociedades Nacionais ao redor do mundo.

(...) as Sociedades Nacionais, cada uma tem a sua independência... (...) ela pode desenvolver manuais, pode desenvolver protocolos, de acordo com a sua realidade Brasil. As filiais estaduais, no caso, para modificar um manual, eles não podem. (...) Claro que muitas das vezes a gente busca um apoio com outras sociedades nacionais mais experientes, para a gente ver se isso é viável, a gente envia para a Federação... (...) Mas a gente tem autonomia, à nível nacional, tá... eu estou falando em relação à coordenação nacional... nós temos autonomia para desenvolver isso. (...) O objetivo é formar uma rede, né? Que a gente tenha contato com todas as filiais, conhecer todas as filiais que tem uma pessoa responsável pelo psicossocial, para que a gente mantenha esse contato. No momento a gente tem com Alagoas, com Minas e com São Paulo. Foram estados que passaram por situação... nós trabalhamos o DREF, Zika, que é um projeto, e o DREF Febre Amarela. Então com eles a gente tem um contato direto. (...) O DREF foi um projeto... (...) é uma sigla de um fundo que a gente recebeu da Federação Internacional para desenvolver esse projeto de Zika e esse projeto de febre amarela. (CVB 4)

De acordo com informações do site da Federação Internacional, o DREF (Disaster Relief Emergency Fund), é um fundo de resposta a desastres e emergências:

O Fundo de Emergência em Desastres (DREF) foi estabelecido pela Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (FICV) em 1985 para fornecer apoio financeiro imediato às Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, permitindo-lhes desempenhar seu papel único como socorristas após um desastre. (Fonte: <https://media.ifrc.org/ifrc/dref/> - tradução nossa).

A Cruz Vermelha ela é gerenciada por Genebra. (...) Só que aí você tem matrizes de Cruz Vermelha. (...) A partir dessa matriz de responsabilidade, respeitando essa matriz de responsabilidade, a Cruz Vermelha nacional é independente dentro do seu país. Então a Cruz Vermelha brasileira ela é independente para promover as ações em território nacional, de acordo com a matriz de responsabilidade. O que que seria essa matriz de responsabilidade? Respeitar os sete princípios da Cruz Vermelha, de imparcialidade, neutralidade, filantropia, voluntariado, entre os outros. Respeitando esses princípios, a Cruz Vermelha é independente - como uma instituição do terceiro setor sem fins lucrativo - dentro do país. (CVB 5)

Para finalizar as discussões sobre protocolos, foi perguntado aos entrevistados se houve alguma alteração de protocolos institucionais em função de um evento calamitoso. Considerando que a própria Política Nacional de Proteção e Defesa Civil teve forte influência para sua elaboração o desastre na Região Serrana do Rio de Janeiro, o intuito da pergunta foi saber informações sobre a criação de outros documentos em função de algum desastre. Alguns citam a crise migratória de venezuelanos, com impacto na América Latina e particularmente no Brasil, na elaboração de alguns protocolos institucionais. Por conta da entrada de venezuelanos no país pelo estado de Roraima, foi preciso adaptar algumas diretrizes para a atuação. Segundo eles, o Movimento Internacional da Cruz Vermelha vem trabalhando com a questão migratória há algum tempo e já fez ajustes em protocolos em função dessa realidade global. Além desse evento, citam a epidemia de Zika no Brasil em 2016, que culminou na criação do *Projeto Zika* pela organização no mesmo ano.

Ressaltamos aqui a compreensão ampliada de desastre da Cruz Vermelha Internacional, que inclui em sua perspectiva a noção de que eventos como conflitos armados, guerras, migração forçada, além de epidemias e outros eventos, são considerados desastres, já que quebram a rotina de populações de forma abrupta e ocasionam quebra de vínculos e perdas humanas e/ou materiais. Esse aspecto sobre a compreensão e sentido dos desastres, a partir da narrativa dos entrevistados, será abordado na etapa 3 desta análise.

Apesar de não ter sido mencionada, por não estar relacionada à protocolos, em 2012 foi criada a Força Especial de Suporte Psicológico (FESPsi) na sede da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, com a finalidade de capacitar e organizar uma rede de psicólogos para atuação em desastres. Surgiu após o evento na Região Serrana em 2011, que mobilizou diversos profissionais e voluntários e influenciou na sua criação. O trabalho é conjunto com as ações de Proteção e Defesa Civil no estado do Rio de Janeiro. Promovem palestras sobre a atuação da Psicologia em desastres e se reúnem regularmente para discutirem normas e as competências para atuação. (BENEVIDES, 2015).

A Cruz Vermelha Brasileira no Sistema Nacional de Defesa Civil

A Cruz Vermelha Brasileira integra o Sistema Nacional de Defesa Civil. Nesse sentido, atua dentro do plano de contingência do Estado, fazendo parte da Defesa

Civil e da matriz de responsabilidade dos estados, dentro do plano de contingência.

(...) quando houve essa tragédia da Região Serrana, a gente já, algum tempo, a gente já tinha socorristas inclusive dormindo no prédio, para ter essa pronta resposta. Mas, assim, nós nunca tomamos a iniciativa de dar essa pronta resposta, sem ser a convite... sem ser por solicitação de um poder público. (...) Porque a pronta resposta mesmo, é deles. A nossa pronta resposta é interna. (...) quando eu falo pronta resposta, não é assim, aconteceu, a Cruz Vermelha sai como sai o Corpo de bombeiros, como sai um SAMU, como sai a defesa civil... A gente se organiza para a saída. Só que pelo tempo de parceria que nós já temos, com esses órgãos públicos, tão logo eles entram em ação eles já acionam para que a Cruz Vermelha vá junto... até porque as pessoas contratadas, mesmo, né, pelo Corpo de Bombeiros, os grupamentos, eles não têm número suficiente de recursos humanos para dar uma resposta a uma tragédia como a da Região Serrana, que atingiu vários municípios simultaneamente... aquele número de vítimas, né? (CVB 3)

Quando a gente entra no cenário de desastre, a gente tem que saber quem é o responsável por ele. Porque isso faz parte da hierarquia da matriz. (...) a Cruz Vermelha, em alguns momentos, ela é parceira da Secretaria de Saúde, da Secretaria de Assistência... (...) ela faz parte do quadro auxiliar de saúde das forças armadas, então a gente atua junto aos militares que vão ao desastre... (...) A gente não está lá para fazer o trabalho do Estado, a gente está lá para apoiar o Estado. O município, cada estado, o poder público, né? (...) A gente entra como apoio, como parceiros. A nossa equipe de socorro também é parceira. Ela não é a principal. Então isso também está na normativa da relação entre Cruz Vermelha e a Secretaria de Defesa Civil. E todos os outros órgãos que compõem essa matriz de responsabilidade. Então a gente tem que saber... “eu sou parceiro com quem?”, quem é responsável para eu poder responder a ele, né... ou até recorrer a ele no caso de alguma necessidade... Então isso também é uma norma... (CVB 2)

Um ponto que chama a atenção em uma das entrevistas, é a informação de que no Brasil a Cruz Vermelha não atua como organização de pronta-resposta, como no restante do mundo. Como auxiliar do poder público, chega aos locais de atuação após as equipes de primeira-resposta, como bombeiros, Defesa Civil e serviço de atendimento médico de urgência (SAMU).

A Cruz Vermelha, ela é, no mundo todo, uma organização de pronta resposta, né... ou seja, ela atua realmente em desastres, né, até... na sua origem... justamente porque ela é uma pronta-resposta. Ao longo dos anos... a Cruz Vermelha tem 153 anos no mundo... foi que ela foi desenvolvendo programas, projetos contínuos, né... que tentavam estimular resiliência das comunidades frente à vários níveis de desastres e emergências também..., mas a origem dela, é a pronta-resposta. (...) E aqui, no Brasil, (...) diferente de... de outros países, é... nós não somos a equipe de primeira resposta. Nós somos auxiliar do poder público... então muitos, em muitos casos de desastre, quando a gente chega... já tem estado lá, equipe especializada, como por exemplo Bombeiro, SAMU... (...) é importante sim a nossa atuação, claro, com certeza é extremamente importante, porém essa parte de primeira resposta, não é conosco em desastre... né? Então muitas vezes a gente vai mesmo, porque é a nossa missão... a gente vai atender..., mas em alguns momentos nós somos limitados... porque a equipe de primeira resposta já está no local... (CVB 3)

Essa atuação de auxílio ao poder público no caso de desastres e emergências, se dá através de alguns setores da Cruz Vermelha. Considerando as unidades regionais da organização, há diversos departamentos, relacionados à diferentes focos de atenção e com diferentes funções. Foram citados nas entrevistas o *Departamento de Socorros e Desastres*, o *Departamento de Juventude*, o de *Psicologia* e o de *Restabelecimento*

de laços familiares, que atuam na prevenção (áreas de risco, descarte correto do lixo, Educação), levantamento de doações e sensibilização da população, restabelecimento de vínculos familiares e comunitários, dentre outras ações estratégicas.

O luto no desastre: exemplo de caso emblemático na Região Serrana do Rio de Janeiro vivenciado por profissionais da Cruz Vermelha

Duas entrevistas levantaram um tema extremamente importante no contexto de desastre, o luto. E em uma delas, foi apresentado um caso representativo da vivência do luto e das implicações da atuação dos profissionais.

Os entrevistados destacaram a importância da capacitação para atuação nesses cenários de múltiplas vítimas, frisando que o trabalho em espaços onde existe o luto coletivo é bastante complexo e distinto da atuação clínica tradicional. Uma das falas de uma entrevistada explicita essa questão:

*(...) é diferente você receber no seu consultório uma pessoa em luto...e você entrar num lugar em que estão todos em luto... é muito diferente. (...) Embora a dinâmica do hospital seja uma dinâmica bem complexa, quando você potencializa isso... fica assim... impensável. Mas é importante treinar isso. (...) profissional de Saúde, Saúde Mental... ele tem que ser capacitado para atuar em desastres... em grande desastre. Nós não temos mais essa ilusão de que “Se Deus quiser não vai ter mais nada, né?”. **O Brasil também tem os seus desastres. Se foi deitado em berço esplêndido até um determinado ano, agora não está mais, né?** [grifo nosso]. Então as pessoas precisam ter essa capacitação, ou pelo menos ter uma equipe... em cada unidade...que seja voluntário pra atuar e capacitar nessa área. (CVB 2)*

Como se pode observar nas falas até aqui, as capacitações da Cruz Vermelha procuram abarcar temas importantes, independente da área de formação dos voluntários. E como tema transversal, o luto é abordado nas capacitações como algo que mereça atenção por todos os profissionais, em diferentes departamentos da organização. O trabalho do Departamento de Psicologia da Cruz Vermelha em relação ao luto é descrito em uma das entrevistas como abrangente e complexo, levando em conta a sobreposição deles no contexto de desastre.

(...) vamos trazer para a singularidade do luto... você tem alguns lutos e alguns com S enorme. Você tem o luto da sua vida, que você não tem mais, você tem o luto... em uma situação fictícia... da casa que você não tem mais, você tem o luto do parente que você não tem mais, você tem o luto da relação que você mantinha com aquela casa, aquele parente que não tem mais... (...) e do entorno da sua convivência ali com pessoas que foram perdidas, entre outras coisas. Ou seja, são lutos sobrepondo-se a outros. E aí, parte-se daquela máxima... (...) você não pode sentir duas dores ao mesmo tempo, então você fica oscilando o seu luto. E isso é muito comum em desastres. Você oscila o primeiro luto da pessoa que você perdeu, oscila o luto da pessoa... (...) oscila o luto da casa que você perdeu, da vida que você não vai ter mais, dos amigos que você não vai encontrar... então é uma coisa que demanda muito, mas muita qualidade profissional e que eu não consigo imaginar uma pessoa só com a formação em Psicologia, sem uma especialidade em desastres, estar trabalhando... não consigo imaginar, porque ali não é hora de “fale-me do seu passado”, ou procurar esquemas ativados ou inativados... (CVB 5)

Além desses aspectos importantes sobre o luto, um dos profissionais entrevistados, da área de Psicologia, fala do “*luto não autorizado*”, comum nos desastres. Pessoas que perderam familiares e que não tiveram espaço de fala e escuta, além dos casos em que os rituais de sepultamento de seus familiares não ocorreram em virtude dos corpos não terem sido achados, se incluem nessa situação. Alguns autores explicam a importância de se reconhecer o luto não autorizado, pois nesses casos o sofrimento não é reconhecido pela sociedade a que o sujeito está inserido. Nesse tipo de luto, muitas vezes não há espaço para que o sujeito enlutado se expresse, pois muitas vezes pode ser interpretada como insignificante. (JACOBUCCI, 2016; CORR, 1998; CASELLATO, 2005). O tema se mostra relevante para a discussão sobre apoio psicossocial em desastres e merece estudos que associem as categorias de análise do presente estudo.

Retomando a fala do entrevistado da Cruz Vermelha, o mesmo cita uma experiência vivenciada por ele e outros profissionais de Psicologia com um grupo de pessoas que passaram pelo desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro. Quatro anos após o evento, a Cruz Vermelha foi convidada a participar de uma reunião de moradores de uma cidade da Região Serrana afeada pelo desastre, com o intuito de oferecer um apoio psicológico aos que desejassem. Esse grupo já funcionava e foi organizado pela associação de moradores. Esse encontro ocorreu cinco anos após o evento e as pessoas não haviam tido até o momento um espaço de fala e escuta de forma terapêutica, com um trabalho estruturado.

O desastre, ele estava vivo. Isso eu garanto. Aquelas pessoas estavam em luto por desastre. (...) aquele era um luto não autorizado. Porque o desastre tem isso, ele as vezes não autoriza os lutos. Então assim, só das pessoas identificarem que tinha alguém ali com poder de ouvir e acolher sua dor, e, principalmente, saber o que fazer com isso, já foi uma comoção. A nossa chegada foi anunciada, você via muitos olhares perplexos, muitos olhares de esperança, muitos olhares de “vou ser ajudado” ... ali para nós e era ali gritante e iminente qualquer outra definição que você queira usar, a indignação das pessoas que estavam ali... a indignação com o quê? Era a grande pergunta... (...) com o indizível... com o que? Com o que não foi falado? Eles estavam indignados, mas... por questões religiosas, pelo menos com aqueles que nós estávamos ali, é... (...) todos eram católicos, eram pertencentes (...) a religião católica... não se questionava Deus, porque aquilo ali tinha um motivo... aquilo ali tinha um porquê de acontecer... (CVB 5)

O processo de luto tem papel importante na ressignificação do evento vivido e no enfrentamento das situações difíceis que se colocam nesses contextos. Frisamos que a distância temporal do evento não representa a finitude dos impactos e da necessidade de um acompanhamento psicossocial. O desastre gera impactos em dimensões e períodos que não se pode mensurar e o *feeling do cuidado*, levantado por uma entre-

vistada de Mariana, é um fator-chave na atenção, especialmente na administração de imprevistos.

*(...) eu atuei em um desastre... isso eu quero ser bem enfático... eu atuei em um desastre, mesmo esse desastre tendo acontecido cinco anos antes. Eu atuei em um desastre... para aquelas pessoas elas estavam vivendo um desastre... porque a gente aqui, dentro da Psicologia das emergências e desastres, a gente tem uma... uma... teoria. (...) ameaça, mais vulnerabilidade é igual a risco. Qual era a ameaça que tinham ali? As emoções, as lembranças, os fatos potencialmente traumatizantes. E qual era a vulnerabilidade? Falta de apoio. Falta de espaço para falar. Então eles tinham um risco muito grande de entrar em colapso... subjetivo. E eles estavam [ênfase] vivendo uma dor subjetiva... não viveram ainda aquele desastre, **era um luto não autorizado**. [grifo nosso]. Enfim, fizemos o atendimento ali... e aí eu volto a falar... fizemos um atendimento psicológico... sim. (CVB 5)*

Quanto à continuidade do atendimento psicológico a esse grupo citado no caso, nos chama a atenção a compreensão da equipe da Cruz Vermelha sobre quem faria esse acompanhamento, já que havia sido um encontro único. Na ocasião, o grupo foi encaminhado para a filial da Cruz Vermelha do município, para que as pessoas fossem dirigidas aos serviços de Saúde Mental da região. Essa articulação com a rede é um aspecto importante, considerando o problema das atuações paralelas e desarticuladas, que já mencionamos algumas vezes nesta tese. Por esse motivo optamos em destacar esse aspecto da articulação intersetorial, que precisa ser considerada pelos diversos atores nesses cenários. Foi mencionado, por exemplo, que só após esse encontro e a recomendação de que procurassem a rede do município, o grupo procurou os serviços públicos de saúde mental, como o CAPS, por exemplo. Antes disso, não haviam procurado. A ESF nesse ponto seria um importante dispositivo para essa articulação.

(...) então a gente fez um encaminhamento, tanto para o setor de saúde local, ressaltou demais, demais, [ênfase] a importância de eles terem ido, porque depois que você chora, que você coloca tudo para fora e dá aquela sensação de... (respira fundo)... “tô bem...”... mas você não está bem, você tem que procurar, porque não é uma Novalgina que você dá para a pessoa, pelo contrário, é um trabalho que precisa ser realizado a longo prazo. Foi ressaltado demais a importância de não abandonar o tratamento, de se levar isso a frente... (CVB 5)

Mesmo considerando a importância daquele encontro único e a continuidade de um trabalho de assistência, um dos entrevistados chama a atenção para o cuidado que se deve ter no acompanhamento, no que tange ao lugar de vítima e seu atravessamento no processo de enfrentamento. É importante que a pessoa afetada não fique presa ao lugar de vítima. Vale destacar que o grupo se auto intitulava desde sua criação de “*Vítimas de (nome do município)*”. Após a inserção dessas pessoas nos serviços de saúde mental, a equipe da Cruz Vermelha optou por não os referenciar pelo nome do grupo, por não seguir com essa forma de identificação. Eles entenderam que estariam reforçando a condição de vítima daquelas pessoas. No ano seguinte ao en-

contro, a equipe da Cruz Vermelha diz ter recebido uma foto do grupo, onde agradeceram pelo trabalho realizado e informavam que outras pessoas haviam se juntado ao grupo.

Prevenção

Considerando que no Brasil o foco maior da Cruz Vermelha não é a pronta-resposta, diferentemente de seu trabalho no restante do mundo, a prevenção e o trabalho pós emergência e desastre acaba sendo o maior foco da organização. Alguns entendem que a prevenção se dá a partir das capacitações em apoio psicossocial, seja no nível institucional de forma geral, que contempla todos os funcionários, como as capacitações realizadas nas filiais. Entendem como uma forma de fortalecer a capacidade das filiais em apoio psicossocial para os atendimentos e para situações do dia a dia, como educação no descarte de lixo e orientações em casos de enchentes, por exemplo. Nesse sentido, as campanhas de prevenção, através de folhetos informativos, palestras, ações comunitárias e consultas com profissionais, também são instrumentos que somam nesse sentido, sobretudo na área de saúde e epidemias e desastre e emergências. Fazem referência ao trabalho com a Defesa Civil voltado para contenção de encostas, rotas de evacuação e prevenção de doenças, importante fator no trabalho de percepção de risco da população. Importante citar a participação e apoio de entidades públicas e privadas, ONGs, associações, dentro outros parceiros, nas ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação, previstas no Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC. (BRASIL, 2012a).

O Departamento de Socorros e desastres da Cruz Vermelha é um dos que estão voltados para a prevenção de novos desastres e o trabalho de percepção de risco para que não se construa moradias em locais não apropriados. Apesar dessa compreensão da maioria dos entrevistados sobre o trabalho de prevenção na organização, um deles disse não haver um trabalho preventivo com foco psicossocial. Isso pode ser um revelador da falta de conformidade do significado e abrangência no apoio psicossocial, não só a nível institucional, mas no campo dos desastres.

O objetivo da Cruz Vermelha é trabalhar prevenção, né? Mas da questão do apoio psicossocial, nós ainda não temos esse trabalho de prevenção. É um trabalho muito inicial na Cruz Vermelha, em relação ao órgão central (...) é um bebê ainda, em relação a isso. Porque o objetivo é esse: trabalhar a prevenção, porque a [ênfase] Cruz Vermelha, o objetivo principal é trabalhar em prevenção, né? Ou, quando acontece um desastre, a gente atua no ato e no pós-desastre, mas o objetivo da Cruz Vermelha é sempre estar trabalhando com prevenção para que não chegue a acontecer... (CVB 4)

Também foram mencionados os entraves financeiros na alocação de recursos para projetos, como dificuldade de transporte, dinheiro de locomoção, manutenção do voluntário, dentre outras dificuldades. Destacamos aqui o entendimento de alguns entrevistados sobre o impacto da prevenção no apoio psicossocial. Compreendem que o ambiente que vivenciou um desastre não necessariamente será traumático se houver uma estrutura prévia de apoio psicossocial, um trabalho preventivo.

(...) o ambiente pode ser potencialmente traumático, mas não necessariamente ele vai ser traumático. Se tiver um apoio psicossocial, se tiver um apoio da Saúde Mental (...) uma segurança mínima, você se sente acolhido, (...) isso minimiza muito os transtornos posteriores. (...) E até identificar o que que é do momento, o que que é um transtorno... (...) que já é... (...) preexistente... Porque às vezes a pessoa já tem uma estrutura de personalidade frágil, fragilizada... E aí numa situação de forte impacto ela surta. (...) aí tem que ter um especialista... tem que ter uma Saúde Mental pra dizer assim: "Pera aí! Ela já fazia tratamento aqui". "Não, essa pessoa tem algum transt... né?". Então tem que ter um cuidado maior, tem que estar sob os olhares deles. (CVB 2)

Na área de Saúde Mental, o Departamento de Psicologia realiza a cada dois meses uma formação para os psicólogos voluntários, discutem algum livro ou organizam o que eles chamam de "Cine Psi". Além disso, mensalmente é realizada uma formação institucional básica, interna, em "Psicologia na gestão de emergências e desastres", que inclui a questão da prevenção. Esse departamento entende que a prevenção é um dos elementos quando se pensa no cuidado integral em desastres. A conscientização de pessoas que vivem em áreas de risco, por exemplo, é um trabalho preventivo que também pode ser realizado pela área de Saúde Mental:

Vamos pensar aqui em regiões, em áreas de risco... então conscientizar a pessoa de que ela vive numa região de risco e que ali pode acontecer um desastre. Veja bem, não estou falando que o psicólogo tem que chegar lá e ser um braço da defesa civil para tirar a pessoa de dentro da casa... o papel do psicólogo é conscientizar dos riscos. A partir daí, não é mais nosso papel. Trabalhou desse jeito? Ok. Você já está fazendo a prevenção. (CVB 5)

Percepção de risco

A percepção de risco é trazida nas entrevistas sob duas perspectivas diferentes: a primeira é a percepção das populações vulneráveis sobre os locais de moradia e a relutância na saída de suas casas nos casos de fortes chuvas e deslizamentos, quando avaliados pela Defesa Civil. A segunda perspectiva é a dificuldade de atribuição do risco pelos profissionais que atuam em desastres de que podem se tornar vítimas potenciais e gerar vítimas. Dentro desse prisma, falam tanto dos profissionais que não avaliam os riscos da sobrecarga de trabalho e as consequências para sua saúde e a das pessoas a quem prestarão ajuda, como também daqueles que iniciam uma atuação sem

ter conhecimento prévio dos riscos no local, colocando em perigo suas vidas e a dos que estão ao seu redor. Segundo alguns entrevistados, no caso dos socorristas e bombeiros, profissionais que já possuem um conhecimento necessário sobre os riscos na atuação, muitas vezes a percepção de risco é colocada de lado diante da iniciativa de salvarem vidas.

(...) a gente tem que olhar para todos. Então quando a gente pensa nesse apoio básico... até para dar uma certa estabilidade no cenário... a gente tem que olhar para todos, não só para aqueles que foram diretamente afetados, mas para aqueles que estão no seu entorno... (...) pra equipe que está atendendo... porque a equipe também fica sensibilizada... o sofrimento psíquico também existe, né, naqueles que estão ali... (...) eu ouvia muitas vezes o bombeiro, o socorrista, que ele não parava para comer, não parava pra nada... não parava... porque ele tinha, porque tinha, porque tinha... né? E naquele afã de salvar, de ir... e sem avaliar risco... E aí eles começam a não perceber a sua saúde... os riscos que estão correndo e podem até se tornar vítimas primárias. [grifo nosso]. Então, esse apoio é... eu incluo isso também (...) no apoio psicossocial. Porque não é só o psicólogo que vê isso... todos que estão no cenário treinados para atuar e para se articular com outras instituições que estão nesse cenário... ele (sic) precisa ter esse olhar. (CVB 2)

Em relação aos socorristas, soma-se a esse cenário de busca para o salvamento o sofrimento por terem perdido, em muitos casos, colegas de profissão e de convívio. E esse espaço para a dor fica comprometido no cenário de desastre. A fala de uma entrevistada ilustra essa situação, em que se viu diante do dilema de dar suporte ao sofrimento de um socorrista que precisava continuar o trabalho difícil de resgate com amigos falecidos: *“Defesa civil não pode parar nessa hora. Como é que você dá espaço pra ele falar da dor e diz a ele: “Mas você tem que continuar...”* (CVB 2).

No caso das situações em que os profissionais não têm conhecimento prévio necessário para atuação em desastres, especialmente na pronta-resposta, foi mencionado o problema ocorrido na Região Serrana do Rio, em 2011, em que muitos voluntários se dirigiram para a região se dizendo voluntários da Cruz Vermelha, como um aval para atuação. Muitos queriam ajudar e acabaram colocando em risco as pessoas que prestaram apoio e elas próprias, além de terem se tornado vítimas e demandarem atendimento dos profissionais que ali atuavam. O despreparo e a não percepção do risco que criavam fez com que outros profissionais precisassem *“controlar a emoção das pessoas àquela tragédia”*, como comenta um dos entrevistados. A falta de percepção do risco nesses casos traduz a falta de uma comunicação eficiente no cenário de desastres, a desarticulação e a necessidade de um órgão que centralize e direcione os profissionais nesses casos.

(...) Região Serrana... causou um impacto tão grande nas pessoas o que elas viam na televisão, que a gente chegou a receber aqui no estacionamento três mil pessoas querendo ser voluntárias... e muitas, né, não tinham preparo. Não eram sequer voluntárias. (...) **Então muitas foram à nossa revelia... subiram, né? Mas se apresentavam lá como voluntárias da Cruz Vermelha, embora sem identificação... elas precisavam de ajuda... elas próprias, porque elas não tinham estrutura para ajudar...** [grifo nosso]. (...) elas se desesperaram, elas entravam em pânico com a história que ouviam... elas não tinham como ajudar de nenhuma forma... então essa foi a maior dificuldade, que num momento como esse, de consternação, muitas pessoas querem ajudar... só que elas não têm aquele senso de “Bom, eu vou me oferecer, mas vou esperar orientação...”. Um senso que a própria Cruz Vermelha tem... ela se prepara aqui dentro, mas a pronta resposta dela é na medida em que é solicitada... né? **Então acho que a maior dificuldade que a gente teve foi essa... foi de controlar a emoção, a resposta individual das pessoas (...) àquela tragédia.** [grifo nosso]. E a mesma coisa em relação a Mariana. Muitas pessoas vieram para cá querendo ir para lá. Aí a gente pontuou: “Olha, a Cruz Vermelha tem uma filial lá em Minas, né? Não em Mariana, mas em Minas... a gente já ofereceu, já se disponibilizou para ir, mas por enquanto, tudo o que a prefeitura de Mariana e tudo o que a Cruz Vermelha de Belo Horizonte e de Juiz de Fora precisam é de recursos materiais... então tudo o que a gente vai levar é água, comida e roupa...”. (...) **a dificuldade, num momento de emergência maior que a gente tem, é de lidar com a vontade que as pessoas têm de ajudar.** [grifo nosso]. Por incrível que pareça... é uma instituição que tem na base o voluntariado, né, porque 90% das pessoas que trabalham na Cruz Vermelha é de forma voluntária... (...), mas assim, a comoção é tão grande, que a gente tem dificuldade... como é que você diz para três mil pessoas... “Vocês todos não vão poder ir”? A gente vai ter que fazer uma seleção urgente, mas vai ter que ter um pré-requisito. **Você não pode dizer para três mil pessoas “Sobe a serra” ... porque você vai ter três mil problemas, né?** [grifo nosso] (CVB 3)

O trabalho de capacitação sobre percepção de risco é realizado pela Defesa civil, apesar de a Cruz Vermelha também trabalhar com campanhas de prevenção nesse sentido.

Saúde do trabalhador

Esse importante aspecto está sendo pensado atualmente pelo órgão central da Cruz Vermelha no Brasil, fruto das parcerias entre o departamento de Educação e Saúde e a área de apoio psicossocial. Uma das entrevistadas revela que está sendo desenvolvido um projeto pelo órgão central brasileiro em que estão sendo cogitados espaços para ventilação interna dos profissionais, diante de alguns casos de *burnout*. Perguntado a alguns dos entrevistados como se resguardam e têm sua saúde cuidada frente ao trabalho que realizam, dizem não ter um trabalho voltado para a saúde dos trabalhadores, e sim trabalhos específicos nos departamentos, como o de Psicologia, por exemplo, que tem ações voltadas para a saúde de seus voluntários, antes e depois da atuação. O preparo dos voluntários antes da atuação em desastre pelo departamento de Psicologia, do órgão estadual do Rio de Janeiro, foi descrito como um preparo psicossocial e não como saúde do trabalhador propriamente dita.

(...) nossos voluntários são atendidos sim, não só os voluntários, como qualquer pessoa que trabalhe diretamente com desastre que busque, ela pode vir aqui. (...) a gente já trabalhou muito isso, de apoio psicossocial, falar de apoio psicossocial capacitando os agentes de defesa civil... (...) do estado do Rio de Janeiro... aí somos bastante solicitados... (...) e isso é muito apoio psicossocial... e não é um apoio

psicossocial momentâneo, é um apoio psicossocial a longo prazo... e você sempre fala do seu limite. (...) Pelo menos no que depender de mim, não vai voluntário para fazer o que quer que for em desastre sem suporte psicológico. Só vai um número de psicólogos que eu garanto que eu consigo dar um apoio depois. (...) não adianta eu botar mais uma vítima lá (CVB 5)

(...) muitas das pessoas não falam porque elas acham que não tem abertura para falar o que estão sentindo... por medo de alguma repressão, por medo de alguma perda de cargo... por medo de alguma perseguição depois... Mas eu vou tentar mudar isso. Porque eu estou vendo que antes da gente ajudar os outros a gente está precisando muito [ênfase] se ajudar... (CVB 4)

Parceria com outras instituições, trabalho em rede e sobreposição de ações

De uma forma geral, podemos dizer que é consenso na literatura e no que temos apresentado nas entrevistas, a perspectiva de que as parcerias e trabalho articulado são fundamentais para um apoio psicossocial efetivo. Tendo em mente a importância desse aspecto, foi perguntado aos entrevistados da Cruz Vermelha Brasileira sobre como são estabelecidas parcerias com outras instituições dentro do cenário do desastre, especialmente com outras organizações de assistência humanitária. Também foram indagados sobre experiências de duplicação de ações nesses cenários em função da falta de comunicação e como organizam essa estrutura comunicacional. Partindo de uma lógica de gestão organizacional, a Cruz Vermelha Brasileira entende como rede de apoio primária em sua estratégia de ação a Federação Internacional e o Comitê Internacional, identificando a redes de apoio secundária no momento da situação de crise, já que vai depender de cada contexto local e situacional.

A nossa rede de apoio, maneira de falar, inicialmente é o Comitê Internacional e a Federação, que dão o nosso apoio, tanto financeiro com a questão de conteúdo, de conhecimento, de tudo..., mas quando tem um desastre, isso faz parte do plano de ação: a gente identificar quais são as possíveis redes de apoio... porque não é uma receita de bolo para a gente, né... (...) por exemplo, o Rio Grande do Sul... [refere-se às enchentes em 2013] ... quais eram as redes de apoio possíveis ali? Algumas a gente teve que contar assim, com a guarda municipal, a gente teve que contar com a associação de moradores, a gente teve que contar com as referências comunitárias... (...) o que a gente chama aqui é que não é uma receita de bolo, por isso que é tão importante nosso plano de ação. (CVB 4)

Perguntados sobre o risco de duplicação de trabalho com outras organizações, falam da importância do plano de ação para não haver esse risco e que se ocorrer a situação de já ter um trabalho de outra organização sendo realizado no local, dizem que trabalham em parceria e que optam por recuar caso o trabalho não seja necessário.

Já aconteceu, mas nós trabalhamos sempre [ênfase] em parceria. Se não, a gente vai trabalhar com atendimento pré-hospitalar, o primeiro socorro propriamente dito, né..., mas não com atendimento intrahospitalar, que é o que o Médicos sem Fronteiras faz... então a gente sempre trabalha em parceria, sem duplicar, para não perder tempo, energia... e porque, como a Cruz Vermelha tentou se flexibilizar muito nas suas áreas de atuação durante todos esses anos, a gente sempre tem alguma coisa que a gente pode ajudar, né? Se não é para aquilo para o qual a gente foi, a gente pode deslocar todo o

nosso esforço, né, e os nossos recursos, né, para uma outra área. (CVB 3)

Dentro da matriz de responsabilidade (...) do estado do Rio de Janeiro, (...) a matriz de responsabilidade em desastre do Rio de Janeiro, a única organização humanitária presente somos nós. Então assim... é aquela questão, acontece um desastre, eu não preciso esperar meu telefone tocar... eu estou na matriz... eu tenho que fazer o recrutamento dos meus voluntários, esses que são capacitados ... (...) e se já tiver uma instituição no local, o que faria, o que aconteceria era se apresentar e explicar do nosso trabalho ali (...) tentar agrupar conhecimento... (...) Eu acho que se essa instituição ela já tem um trabalho instaurado no local, não tem por que a gente entrar... Como eu falei, sempre preservar vínculos. Se você chega num lugar e tem um vínculo instaurado, não tem o que você fazer... a não ser agregar esse vínculo... se você não puder agregar esse vínculo, você sai. (CVB 5)

A fase da recuperação: uso do termo *pós desastre* e a atemporalidade do desastre

Destacamos aqui a fala de um dos entrevistados sobre sua atuação no desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro anos depois do evento em si. O trecho evidencia a atemporalidade do desastre, no sentido de que não se pode delimitá-lo a um tempo determinado. O desastre não se restringe ao evento que o desencadeou, mas a todos os processos oriundos daquele evento e da forma como é conduzido.

Defendemos o ponto de vista de Valencio (2014, 2010), quando ela trata a delimitação do desastre no sentido de um tempo social, expresso como uma crise social em um tempo social determinado, abrangido por diferentes dimensões. Precisam ser considerados no processo, a fase anterior, o evento em si e pós evento, considerando a dimensão macro do contexto social: *“Eu participei do pós-desastre... (...) pós desastre para a Defesa Civil, porque para mim eu participei do desastre... visando o ponto de vista psicológico, o ponto de vista psicossocial, eu participei do desastre. (...) O desastre, ele estava vivo. Isso eu garanto”* (CVB 5).

No Brasil, a fase chamada de *pós desastre* pela Defesa Civil, era compreendida pelo pilar da reconstrução desde o Plano Nacional de Redução de Desastres, constante na antiga Política Nacional de Defesa Civil (PNDC), de 1995. Atualmente, após a promulgação da lei 12.608/12, que instituiu a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), passa-se a considerar cinco fases na gestão de desastres: prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação, sendo que a recuperação, chamada de *pós desastre*, abrange a reabilitação e a reconstrução. Apesar de estarmos utilizando esse referencial da Defesa Civil para nos remeter as fases do desastre, optamos, por uma questão de concepção nossa acerca do desastre, por não utilizar o termo *pós desastre*, por entendermos o mesmo como um processo, sem uma delimitação

temporal de seu fim, dada as repercussões que o mesmo gera. Optamos por usar os termos *pós evento*, *pós-impacto* ou *fase de recuperação* para indicar o período que sucedeu o evento propriamente dito. Quando utilizado nesta tese, o termo *pós desastre* estará seguindo a linha de entendimento de quem fez referência a ele, sejam teóricos ou entrevistados.

A fase da recuperação precisa melhorar muito [ênfase]. Melhorar muito em que sentido? Melhorar muito de entender que é uma cultura. Entender que, principalmente no Rio de Janeiro... (...) que a cultura praticada em Niterói é diferente da cultura praticada no Centro do Rio... a cultura praticada no Centro do Rio é diferente da cultura praticada na Baixada... que a cultura praticada na Baixada é diferente da cultura praticada na Região Serrana... e por aí vai... são culturas muito diferentes...então a primeira coisa que tem que ser melhorada no pós desastre, é respeitar a cultura, para possibilitar a formação de vínculos. Porque se você tem barreiras, você não forma vínculos... se você não forma vínculos, você não atua. [grifo nosso]. (CVB 5)

Notadamente sobre a atuação de psicólogos, o entrevistado diz que muitas vezes essa formação de vínculos entre a vítima e os profissionais é quebrada no pós-desastre, já que na maioria dos casos os profissionais que darão algum acompanhamento não serão os mesmos. Indagado sobre como o setor saúde poderia melhorar a fase de recuperação, levando em conta os pontos apresentados, ele diz que seria ouvindo o assistido, não oferecendo nada pronto sem que o assistido fale de suas necessidades, ou seja, se utilizando de *cardápios* e da escuta ativa. Ressaltamos que a fala do entrevistado revela seu entendimento sobre o tipo de atuação de psicólogos nas diferentes fases do desastre. O mesmo parece não distinguir os primeiros cuidados psicológicos da intervenção psicológica especializada, quando fala do estabelecimento de vínculos para uma continuidade do trabalho (intervenção na fase de recuperação).

(...) o pós-desastre, que é a hora que todo mundo já foi para casa, e você vê que sobram poucos para fazer o pós, que é o ruim, né? (...) a mesma comoção que se tem para o desastre, deveria se ter para o pré desastre e pós desastre. Só que só tem comoção para o desastre. Aí vai lá, a pessoa vai, é atendida por um psicólogo... vamos supor que esse psicólogo seja bom e faça um bom trabalho... (...) ele faça um bom atendimento, ele coloque aquela pessoa em contato consigo... acabou aquelas primeiras 48 horas, o psicólogo vai para casa, aí aquele vínculo tão bom, que aquela vítima fez com aquele psicólogo, é desfeito... e aí você quebra mais um vínculo que acabou de ser feito, ou seja, você cria uma nova resistência para construção de vínculos e fica um ser humano que fica quase que incapacitado patologicamente de criar vínculos... Então, você tem que ter um trabalho que começa no pré, durante e no pós desastre. (...) Se não trabalhar no pré... ok..., mas é um ok muito sem querer ser dado. Mas se vai começar no desastre, que seja com um que vai até o pós, que fique no pós... não que fique no pós inteiro, mas que fique um bom tempo no pós, (...) para não fortalecer a... a quebra de vínculos da pessoa, porque isso é muito prejudicial... (CVB 5)

O acompanhamento no período pós-desastre também foi mencionado por uma entrevistada de outro departamento (que não o de Psicologia), como sendo importante para não haver a quebra do que já foi construído:

O pós é só a gente dar continuidade ou acompanhar... porque não adianta eu só estar ali e aí fiz tudo o que eu tinha que fazer ali, identifiquei todas as necessidades e abandonei, né, essa pessoa... não, acho que o pós é você retornar ao local, você manter o contato, ou se foram pessoas que tiveram questões mais significativas, ou comportamentos mais... reações psicossociais mais alarmantes, que a gente puder encaminhar, mas que eu possa depois ir nesse encaminhamento ou nessa unidade de saúde, ou nesse psicólogo, ou enfim, essas redes de apoio... a gente possa ir para ver como é que está e a gente retornar ao local e a gente dar continuidade, que foi o que a gente fez com a febre amarela. (CVB 4)

Apesar de não ter sido levantada essa estratégia, podemos pensar, a partir dessas duas entrevistas, que a criação de uma equipe específica para atuação nas fases da prevenção, resposta e recuperação, especialmente nas duas últimas, seria importante para a continuidade do trabalho e manutenção dos vínculos estabelecidos. Avaliamos que essa integração facilitaria o enfrentamento, a construção da resiliência e o senso de retorno à normalidade.

A importância do trabalho realizado pela Cruz Vermelha para os afetados por desastres no Brasil e no mundo

Os entrevistados avaliam a importância da Cruz Vermelha para os afetados por desastres no Brasil como fundamental, ajudando, inclusive, a minimizar as dificuldades enfrentadas pelo sistema público de saúde do país. Apesar das diferentes realidades encontradas nos estados do Brasil, a Cruz Vermelha, de forma geral, tem papel importante na manutenção da oferta de ajuda aos afetados por desastres.

(...) enquanto instituição Cruz Vermelha e com toda a sua missão, visão, filosofia, princípios fundamentais, eu acho maravilhosa. Eu acho que é importantíssima... (...) graças a Deus a gente não têm desastres o tempo inteiro, né? Mas eu vejo que, efetivamente, ela é importante pra ajudar nessa... (...) até na própria dificuldade que tem o sistema de saúde do país... (...) bom, esse é um país enorme, que têm suas especificidades... tem sua forma de pensar diferente porque... não posso ver o Sudeste e o Sul da mesma forma que eu olho o Nordeste e o Norte, né? O Centro-Oeste também... mas tem suas especificidades, então... tem uma série de ações, de atribuições, que estão espalhadas aí pelo Brasil (CVB 2)

No âmbito internacional, explicam que há muitas diferenças na atuação quando comparadas ao Brasil, atuando em questões bem mais amplas. O Comitê Internacional, como dispositivo do Movimento da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, atua em questões como negociação de paz, negociação para retirada de refugiados em áreas de combate, conflitos na Síria, dentre outras ações importantíssimas no cenário mundial.

(...) houve soterramento de um grupo de operários nas minas... aquelas minas lá no Sul do Chile, né... O que foi feito ali foi apoio psicossocial. Existiu uma equipe da Cruz Vermelha que estava lá pessoalmente, pronta, para responder aquela emergência... porque não eram só as equipes que ficaram soterradas nas minas, eram toda a família, amigos que estavam do lado de fora e no desespero para receber

notícias. (...) eu acho que no mundo todo ela está fazendo um esforço para responder... e aí a gente vê nos tsunamis, nos incêndios na Grécia, na Suécia... eram voluntários da Cruz Vermelha que estão lá... (...) nos tsunamis da Indonésia... (...) então eu acho que a Cruz Vermelha está buscando capacitar cada vez mais os seus voluntários, o seu grupo de apoio... Ela está procurando estudar cada vez mais e está se tornando cada vez mais flexível... não existe mais aquela coisa “A Cruz Vermelha é só primeiros socorros...”. Não, ela tenta estar em todo o processo... como a gente falou... no princípio, no meio e nesse fim que é uma reticência, né? (CVB 3)

(...) até o cuidado da gente usar o emblema em países islâmicos, por causa do Crescente Vermelho... então assim... mantendo a neutralidade, a imparcialidade, a negociação com os atores, então... isso é uma expertise do Comitê que lá fora eu vejo que ele faz muito bem. Não é o único, mas ele faz muito bem. (...) até pelo tempo histórico, né, do Comitê Internacional, pelas Convenções de Genebra... (...) tem uma atuação completamente diferente... Aqui a nossa... a Convenção de Genebra aqui nas comunidades do Rio e nada é a mesma coisa... (riso). (CVB 2)

A referência ao cuidado no uso do emblema em países islâmicos diz respeito a representatividade do símbolo tradicional em certas culturas. A origem do emblema da Cruz Vermelha está associada ao primeiro emblema reconhecido pela Convenção de Genebra como distintivo da assistência humanitária: uma cruz vermelha sobre um fundo branco. Trata-se de uma inversão das cores da bandeira da Suíça, onde o emblema deveria transmitir a neutralidade dos serviços médicos das forças armadas e sua proteção, além do fato de que a bandeira branca representa até os dias atuais um símbolo de paz e negociação. Entre os anos de 1876 e 1878, durante a guerra entre Rússia e Turquia, o Império Otomano informou que não usaria a cruz vermelha sobre um fundo branco, e sim o símbolo do crescente vermelho, por entender que a cruz vermelha representava uma ofensa aos soldados muçulmanos. O uso foi aceito temporariamente durante o período do conflito, sendo reconhecido em 1929 e atualmente por 33 países. Outras solicitações de países islâmicos foram feitas, tendo a Conferência Diplomática reconhecido os símbolos do crescente vermelho e do leão vermelho e o sol também como emblemas, além da cruz vermelha. Após inúmeras convocações, propostas e discordâncias durante os últimos anos, no ano de 2005 adotou-se o Terceiro Protocolo das Convenções de Genebra, uma emenda da Convenção de Genebra, em que foi criado um novo emblema (adicional) ao lado da cruz vermelha e do crescente vermelho, chamado de cristal vermelho. Abriu-se a possibilidade de usar os dois emblemas juntos ou separados e, havendo discordância de ambos, usariam o do cristal vermelho. Somente em 2007 o protocolo entra em vigor e fica estabelecido o uso do emblema adicional pelos governos e pelo Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho. (Comitê Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho; Sociedade Nacional da Cruz Vermelha do Mato Grosso, sem ano).

7.2.2 MÉDICOS SEM FRONTEIRAS

A organização médico-humanitária Médicos sem Fronteiras (MSF) foi fundada no ano de 1971, em Paris, na França, por um grupo de médicos e jornalistas. É uma organização sem fins lucrativos e autogovernada. Tem como missão oferecer assistência médica e humanitária a pessoas afetadas por emergências e desastres, como conflitos armados, epidemias, terremotos, como também atuar em locais em que não haja serviços de saúde ou que os mesmos sejam insuficientes e em locais onde a violência urbana coloca em risco à vida da população. As ações da organização são norteadas pelos princípios da imparcialidade, neutralidade, independência, transparência e ética médica. Todos são descritos na Carta de Princípios da organização. Além dos princípios, pautam sua atuação na não discriminação racial, religiosa filosófica ou política. Seu escritório Internacional fica em Genebra, na Suíça. Além do escritório central, há cinco centros operacionais, nas cidades de Bruxelas, Paris, Amsterdã, Genebra e Barcelona, que gerenciam 28 escritórios, em 28 países. Os centros operacionais são responsáveis por gerenciar cada projeto, com poder de decisão para iniciar e concluir projetos. Já os escritórios, têm como principais funções recrutar profissionais, arrecadar recursos para os projetos e promover atividades de comunicação. (Fonte: site internacional do Médicos Sem Fronteiras: <https://www.msf.org>).

No Brasil, a atuação do Médicos sem Fronteiras teve início em 1991, quando trabalharam no combate a uma epidemia de cólera na Amazônia. Depois do controle do surto, permaneceram na Amazônia até o ano de 2002, realizando um trabalho de medicina preventiva com tribos indígenas. Esse trabalho foi assumido posteriormente por organizações não-governamentais e distritos indígenas. As ações no Brasil começaram a ganhar força a partir de 2006, com a captação de recursos financeiros através de marketing nacional e também o início de processos seletivos para brasileiros que desejassem atuar na organização. Nesse período, foram criados o escritório no Brasil e a BRAMU (Brazilian Medical Unit - Unidade Médica do Brasil). O escritório do Brasil fica localizado na cidade do Rio de Janeiro e é vinculado ao Centro Operacional de Bruxelas, na Bélgica. Já a unidade médica, instalada nesse escritório, é especializada em doenças tropicais negligenciadas, doenças infecciosas e contextos de violência urbana que impactam a saúde das populações, tendo como foco dar suporte técnico em saúde e no campo da

Antropologia. (Fonte: site nacional do Médicos Sem Fronteiras: <https://www.msf.org.br>).

Assistência humanitária

A compreensão das entrevistadas sobre assistência humanitária nos ajuda a entender o contexto de atuação do Médicos sem Fronteiras dentro do cenário de desastres. Ambas as entrevistas mencionam a oferta do que é mais essencial ao ser humano como foco primário da assistência humanitária, uma produção de cuidado que se inicia com a oferta de cuidados básicos e a ampliação gradual para um cuidado integral.

Eu defino... eu ligo isso a assistência humana mesmo... ao ser humano. Ao que ele é de mais... de essência, (...) eu penso que é uma situação de muita vulnerabilidade, onde ele está desencapado, né? Sem... sem a proteção dele... Assistência ao humano... para devolver a integridade, para encapar ele de novo, para protegê-lo (...) de qualquer outras situações que virão, certamente. (MSF 1)

(...) assistência humanitária na minha perspectiva é uma busca por responder a demanda bem geral mesmo, né, de cuidados e de demandas... (...) que vai desde o sofrimento, mas principalmente começando e conectando com as demandas básicas, né... (...) O que que faz, de alguma forma, o ser humano sobreviver, né? Então acesso à água, acesso a água potável, acesso à proteção, acesso à segurança... acesso à cuidados básicos, né, de medicina... e conectando diretamente com atenção psicossocial, porque ninguém precisa ser psicólogo para dar os primeiros cuidados de atenção psicossocial... então se todas essas pessoas que trabalham (...) tivessem noções básicas, né, de como produzir cuidado, talvez a gente nem precisasse do grande número de psicólogos hoje que trabalham na ajuda humanitária... Se as pessoas tivessem um cuidado ampliado, talvez mais integral... talvez isso fizesse até mais sentido para as pessoas no terreno, para as pessoas que recebem essa ajuda humanitária... (MSF 2)

Uso de protocolos e a atuação do Médicos sem Fronteiras

De acordo com as entrevistas, muitos dos protocolos usados na organização são de sua autoria. Grande parte deles, pequenos guias baseados em materiais de referência internacional, como as orientações do IASC e o Manual Esfera. Além dos que são elaboradas especificamente para as missões, se utilizam de documentos normativos da Organização Mundial de Saúde (OMS), do IASC e da OPAS para embasar seus materiais. Foi possível observar, a partir das entrevistas, que o conhecimento maior sobre esses documentos normativos fica mais na esfera dos referentes técnicos e gerentes de carreira (nos centros operacionais). Esses dois tipos de profissionais serão descritos mais adiante.

Uma das entrevistadas considera que há poucos protocolos e estratégias para atuação em desastres no contexto internacional e que não há novidades no que tange a

ajuda humanitária internacional. Os guias do IASC, o Manual Esfera e documentos da OMS são as principais referências na atuação em desastres internacionalmente, incluindo as organizações de assistência humanitária. A entrevistada leva em conta o tempo relativamente curto em que as estratégias voltadas para atuação em desastres estão sendo pactuadas pela comunidade científica internacional.

Se todas essas estratégias surgem a partir de 2000, 2004... ainda tem muito para ser implantado... 18 anos é muito pouco... e a maior parte dos organismos que trabalham com isso, não pesquisa. Significa que quem pesquisa não tem prática e quem tem prática não tem pesquisa. É difícil de encontrar sujeitos, assim, mais integrais, né, que trabalhem nas duas pontas, né... tanto na pesquisa, no ensino e na prática... então eu acredito que ainda tem muito para ser inventado, não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Assim como é novo no Brasil, é novo no mundo também... (MSF 2)

Essa dificuldade levantada pela entrevistada, evidencia um duplo problema na atuação em desastres, representados em uma situação: a falta de capacitação, que acarreta na falta de profissionais qualificados, que levam ao risco da sobreposição de danos. O segundo problema da falta de capacitação é a dificuldade de se encontrar profissionais que reúnam tanto a vivência prática como a de pesquisa nesses contextos. E essa carência na qualificação impacta a atuação.

Particularmente na assistência humanitária, o quantitativo de profissionais é ainda mais restrito e a renovação é lenta.

O mundo humanitário ele é muito pequeno em termos de número de profissionais, né? Tanto é que normalmente todo mundo se conhece, em termos de quem são os profissionais, quais são os desastres... normalmente quando a gente parte a gente já tem uma ideia de quem são os profissionais que vão participar porque são quase os mesmos no mundo inteiro... é um número muito baixo de profissionais... (MSF 2)

Em relação a protocolos voltados para atuação de profissionais de saúde e para o apoio psicossocial, foi mencionado nas entrevistas que os guias do Médicos sem Fronteiras de modo geral são mais específicos. Os que são mais generalistas, trazem noções de apoio psicossocial e saúde mental nos desastres, mas de forma breve, pontual. Apesar de não haver na organização um guia específico para o apoio psicossocial em desastres, uma das entrevistadas faz uma crítica positiva a forma de apresentação dos guias do Médico sem Fronteiras, considerando que dessa forma não fragmenta o cuidado e apresenta noções de diversos aspectos relevantes direcionados para todas as áreas. Ela diz:

(...) uma coisa que eu acho interessante é que esses guias são para uso de todos. (...) elas são orientações para todos os profissionais. Ou seja, como é que um logístico, um administrador, deveria saber noções básicas de saúde mental e atenção psicossocial para trabalhar no terreno.... isso eu acho algo

fundamental... Como o Brasil, talvez, com essa segmentação das profissões, né, que cada um tem o seu quinhão, talvez a gente esteja perdendo nesse sentido, né, de ter um olhar também mais ampliado do ser humano... mas basicamente é isso... os protocolos estão baseados basicamente na mesma coisa... o IASC 2007, o Projeto Esfera, que acaba de lançar um novo... um guia, manual, agora em 2018, mas... é basicamente isso, não tem muita novidade... O Médicos sem Fronteiras tem um guia U, (...) tem um guia que chama... é um guia U, só de saúde mental... (MSF 2)

Em relação ao acionamento dos profissionais, as entrevistadas explicam que há dois tipos de profissionais que realizam diretamente missões de assistência humanitária. Os que atuam localmente e os que realizam missões fora de seus países. Os *expatriados*, como são chamados os profissionais que participam de missões internacionais pela organização, passam por um processo seletivo exigente. Não são voluntários. (Fonte: Site nacional do Médicos Sem Fronteiras).

Uma das entrevistadas conta que quando são acionados para missões fora do país, uma equipe reduzida é enviada para avaliar a situação no local e as necessidades. A partir da análise dessa equipe, abre-se um projeto interno. Uma equipe logística define um local para ser o escritório ou o ponto de apoio da equipe, na maioria das vezes improvisado. Quando a equipe de pronta-resposta do Médicos sem Fronteiras (MSF) chega ao local, já existe uma organização mínima para a ação e uma articulação com setores locais, além da autorização para permanência naquele território. Os centros operacionais do MSF são os responsáveis por publicar as vagas de missões ao redor do mundo. Divulgam semanalmente uma lista de vagas para atuação em diversos contextos. Com a listagem divulgada, os *career managers* (gerentes de carreira) fazem as recomendações dos melhores perfis para aquela determinada vaga. Existem dois núcleos de expatriados: o núcleo dos regulares e o núcleo da emergência. Esses últimos têm contrato de emergência e são acionadas para casos em que precisam estar nos locais em até 24 horas.

Os centros operacionais contam com *referentes técnicos*, profissionais com *expertises técnicas* e responsáveis por elaborar documentos norteadores específicos para as missões, com práticas recomendadas, forma de receber as pessoas, contatos, dentre outras informações importantes para o campo.

Os career managers, que é quem cuida dos expatriados, né, eles são divididos em áreas de atuação... então, psicólogos, psiquiatras, promotores de saúde... tudo num bolinho, assim... então eles têm acesso à lista, né, e aí eles vão e propõem se tem alguém com perfil nessa vaga, eles propõem para o expatriado, né... e aí começa então a se pensar dele ir... Mas é o centro operacional que sempre lança o que tem, né? (...) se é um projeto cuidado pela Alemanha, todos os documentos que vão para o expatriado, eles vêm da Alemanha... (...) No momento em que ele fecha a missão... "ah, eu vou..." ... fecha a data, o centro de operação começa a mandar os documentos... de contexto, de protocolo, de tudo. (MSF 1)

Além dos *career managers*, uma das entrevistadas faz referência e descreve os promotores de saúde do MSF. Trata-se de profissionais que atuam no treinamento de equipes e contribuem na prevenção de desastres e emergências com as populações, incluindo as questões sanitárias.

De acordo com as entrevistas, as alterações e ajustes nos documentos elaborados pela organização ao longo dos anos, partem do alto escalão do Médicos sem Fronteiras. No entanto, ocorrem a partir do registro das práticas nas missões, relatadas em relatórios ao final delas. Os referentes técnicos realizam o *breafing* e o *debreafing* aos expatriados de sua área específica e a cada fim de missão, os expatriados se remetem ao referente técnico da sua área com as informações sobre o que, de fato, ocorreu. Todos os referentes técnicos daquela missão específica se reúnem e constroem um resumo da missão. A partir dessas informações, observam a necessidade ou não de se fazer ajustes nos guias. Uma das entrevistadas cita um exemplo a partir de um referente técnico de saúde mental:

(...) existem cinco sedes no mundo, né? (...) E cada uma dessas cinco sedes tem um referente técnico de Saúde Mental. Esse referente técnico, em teoria, é o responsável por fazer o breafing e o debreafing de todos os profissionais que vão para o terreno. Então esses cinco centros operacionais têm conhecimento do que cada um produziu. Quando a gente chega no terreno, a gente tem um breafing, né, do que deve fazer. Quando a gente sai da missão, a gente obrigatoriamente retorna para esse referente técnico e explica como foi feita aquela estratégia, como foi feita aquela missão, quais foram os objetivos que a gente utilizou e as técnicas, e a gente faz uma análise crítica junto com ele. Então é ele que detém essa informação e a partir dessa informação, é que os guias são alterados. (MSF 2)

Perguntadas se já houve alterações em protocolos do MSF em função de algum evento calamitoso ou alguma mudança brusca, dizem que os próprios contextos de emergência já têm a característica de serem bruscos e dinâmicos e que, portanto, as alterações ocorrem, seja para exclusão de determinados aspectos, seja para o acréscimo de determinadas técnicas de trabalho. Segundo uma delas: *“(...) está sempre ajustando devido à necessidade... seja protocolo de segurança, seja protocolo de saúde, não é estático. Até porque a gente entende que as coisas também... elas mudam de um dia para o outro” (MSF 1).*

A gente só trabalha com emergências de grande porte, então as emergências são sempre bruscas, mas a grande diferença é que cada vez que a gente inventa uma técnica nova ou algo que deu muito certo em alguma cultura mais específica, demandava algum tipo de alteração, isso foi feito. Por exemplo, quando eu voltei da epidemia de ebola, como fazia muitos anos que não tinha uma grande epidemia, os guias que a gente tinha acho que eram do ano 2000, se eu não me engano... e eu parti em 2012 para uma epidemia de ebola no Congo. E aí eu lembro que quando eu retornei, eu falei “Olha, deu para inventar essa e essa e essa e essa técnica...” e eu lembro que foram reconfigurados os guias... e aí os guias da OMS também foram reconfigurados, de atenção psicossocial, com as técnicas que tinham utilizado em 2012. (MSF 2)

Atuação da organização nos desastres e a realidade brasileira

Como representantes do MSF, apenas uma das entrevistadas atuou em um dos desastres aprofundados nesta tese, o da Região Serrana do Rio. A participação foi indireta. A entrevistada em questão conta que na Região Serrana já existia uma equipe do SUS realizando o trabalho para os afetados, além de uma grande quantidade de voluntários fazendo atendimento psicológico. Duas profissionais representaram o MSF na Região Serrana, com o objetivo de configurar uma estratégia de saúde mental única para seis municípios afetados pelo desastre, o que foi avaliado pela entrevistada como uma questão difícil de ser entendida pelos gestores na ocasião e bastante complexo. Essa estratégia única não chegou a ser operacionalizada em Nova Friburgo.

Foi realizada uma capacitação do MSF para profissionais dos municípios de Teresópolis e Nova Friburgo, especialmente este último. Já no município de Mariana, o MSF não atuou.

A compreensão das entrevistadas sobre o papel e importância do trabalho realizado pelo Médicos sem Fronteiras para os afetados por desastres no Brasil, vai ao encontro do que foi falado nas entrevistas com profissionais da Cruz Vermelha Brasileira. Destacam a importância de se ter políticas públicas de saúde e assistência no Brasil, realidade diferente da maioria dos países em que atuam. Nesse sentido, o Médicos sem Fronteiras acaba atuando na capacitação e auxílio técnico aos profissionais, de forma que o sistema público responda dentro da estrutura já existente. Por mais deficitária que se encontre essa estrutura, minimamente as ações são realizadas e há uma construção prévia de trabalho com a população. Uma das entrevistadas, inclusive, observa que a demanda de trabalho de Médicos sem Fronteiras diminuiu no país, em função também de uma consciência maior sobre preparação para os desastres.

*Falando do Brasil, eu percebo a missão muito focada para orientação e um suporte... mais um suporte técnico, mesmo. **Porque existem muitos profissionais, existe muito dinheiro, muito recurso para as estratégias, para as estruturas... o que não tem, no meu ponto de vista, é expertise técnica mesmo...** (...) acho que o papel MSF no Brasil, está muito voltado para isso, né, uma orientação, um auxílio técnico, um auxílio de supervisão, algumas vezes... e em todas as missões que eu trabalhei no Brasil foi basicamente com atenção psicossocial... foi basicamente de auxílio, orientação, suporte técnico, supervisão e acompanhamento. Atendimento mesmo, com o Médicos sem Fronteiras... talvez só quando teve um grande fluxo de entrada de haitianos e agora de venezuelanos também. (MSF 2)*

O Brasil tem muito profissional bom, né... o estado está capenga, mas... o Rio e outros, né..., mas existe ali... existe política, existe a presença... política boa não é, né... (...) existe, né, tá lá. Diferente dos países que não tem mesmo... e que se não tivesse as ONGs, todos estariam é... mortos mesmo... sem assistência alguma. Então aqui, minimamente, tem [ênfase]. Eu acho que a atuação acaba sendo na capacitação mesmo. (MSF 1)

Indagada sobre se essa capacitação do Médicos sem Fronteiras é uma forma de cobrir uma ausência de capacitação do setor público ou se é apenas uma complementação de um trabalho já sendo feito, uma das entrevistadas diz que alguns locais conseguem suprir as demandas sem a participação do MSF, mas que ainda existe uma dependência do trabalho de MSF para a capacitação.

Prevenção

Apesar de o trabalho do MSF ser voltado para a resposta, uma das entrevistadas entende que as capacitações têm um caráter preventivo. As entrevistadas divergem nesse sentido, mas de forma geral ambas compreendem que os sistemas locais que já contam com uma estrutura de assistência, devem ser os responsáveis pelas ações de prevenção, se utilizando dos dispositivos existentes e trabalhando intersetorialmente.

Tem [caráter preventivo] ... Eu acho que essas capacitações são um bom exemplo, porque nelas, não é só os profissionais... (...) mas é visitado... os órgãos, é... governo... onde se fala que já tem o que ele precisa... (...) quando você está no terreno, eles são consultados... (...) Eles são consultados... até porque para ir para um lugar, precisa desse contato inicial... para estar no lugar, né... então acho que tudo o que envolve o desastre, ele é visitado. (...) Então é o hospital, é a clínica, é a sala de aula, é o gabinete... é o Ministério... então assim, é tudo visitado. (MSF 1)

Não porque o trabalho da Organização é todo voltado para resposta...(...) então existem outras ou deveriam existir outras, né, que trabalham com mitigação, prevenção, preparação, reconstrução... Entendendo que a prevenção e a promoção deveriam estar voltadas para uma estrutura, inclusive... institucional, né? Como por exemplo os governos, quando a gente tem governos, né, ainda no Brasil, que a gente... não teria essa necessidade de trabalhar com isso por entender que já existe um sistema, né, que deveria trabalhar com isso. (MSF 2)

Comunicação com outras organizações humanitárias e trabalho integrado

A articulação intersetorial e o trabalho em rede têm sido reforçados neste estudo como importantes estratégias de atuação efetiva em desastres. No entanto, temos visto até aqui que mesmo pactuada nas políticas públicas brasileiras, essa articulação e comunicação têm se mostrado falhas e gerado esforços nos períodos mais críticos da assistência. Levando em conta a repetição dessas ocorrências no país, foi perguntado a uma das entrevistadas acerca dessas parcerias e comunicação com as demais organizações de assistência humanitária e outros setores. Avalia que a comunicação é ruim:

Se tem [comunicação], é mínima. E se tem, precisa melhorar muito. (...) E isso... sim, atrapalha, porque é tempo, dinheiro, muito dinheiro envolvido para você mandar uma equipe, para você montar um...

é muito dinheiro... (...) pensando que a gente é uma organização que recebe, né, doações de pessoas físicas, não dá para brincar com o dinheiro do outro, né? E fora isso... se a gente leva para um lugar onde a gente perde tempo e dinheiro, tem outro lugar que poderia se beneficiar... (...) mais carente ou que está precisando de recurso. E aí? (MSF 1)

Indagada sobre formas de resolver esse problema, diz que é necessário que as instituições olhem para trabalhos além dos seus, mas que fiquem atentas *a costura da rede* e na construção em conjunto. Falta, de fato, comunicação:

*Olhar para fora... (silêncio) olhar mais para fora... **a gente fica muito preocupado com o que cada um faz, o porquê cada um faz e esquece de... de costurar a rede...** existe a rede, mas ela está furada, né... então esses furos a gente acaba, a gente percebe nisso... “Pô, cheguei lá e já estava...”, né? “Já tinha lá atendimento médico... (riso)”. (...) já que está lá, a gente tem que inventar um outro motivo para estar lá... *Aí abre-se um projeto (...) que funciona, precisa, a população precisa, mas não era o foco, né? Então você tem que recriar, que... ok, acaba funcionando, acaba tendo sentido, mas seria muito melhor se continuasse com o nosso plano... Então falta... Falta olhar para fora, se comunicar mais, mais presença... dar as caras mais....* (MSF 1)*

7.3 Análise das categorias centrais do estudo

A análise geral das entrevistas com os dezessete profissionais de saúde, revelou eixos de discussão relevantes, que foram adicionados às categorias temáticas formadas a partir do roteiro de entrevistas. Ao todo são dez categorias analíticas, apresentadas a seguir e analisadas ao longo deste capítulo: 1) Compreensão de desastre; 2) Compreensão e abrangência do termo *apoio psicossocial*; 3) Ações práticas de apoio psicossocial e resultados observados; 4) Principais demandas dos afetados/atingidos por desastre observadas ao longo da atuação profissional na área; 5) Como é possível promover saúde aos afetados/atingidos por desastre; 6) Caracterização de cuidado integral; 7) Atuação do setor saúde aos afetados/atingidos por desastre no Brasil; 8) Facilitadores e obstáculos para a chegada de ações psicossociais nas dimensões individual, comunitária e institucional; 9) Lições aprendidas e 10) Recomendações para o aprimoramento do campo.

1. Compreensão de desastre:

Como observado na literatura científica internacional, em especial na Sociologia, apesar das inúmeras interpretações e discussões sobre esse fenômeno, não há um consenso sobre sua significação. Por ser um fenômeno multifacetado e estudado por diversas áreas, a compreensão sobre ele varia e evidencia a complexidade de caracterizá-lo. No entanto, pode-se dizer que a ciência, de uma forma geral, tem compreendido que o componente da vulnerabilidade atravessa sua concepção. (VALENCIO et. al., 2009; WISNER, 2016; VALENCIO & VALENCIO, 2017; MARCHEZINI & WISNER, 2017; MARENGO et al; 2017, CARDONA et al, 2017; WISNER et al., 2012, 2004; NARVÁEZ et al., 2009).

A vulnerabilidade é referida nas entrevistas como algo que deva ser compreendido de antemão, para que se entenda o que, de fato, caracteriza um desastre. Esse entendimento é visto como essencial para a compreensão dos desastres devido a sua natureza social, construído a partir das relações sociais. (WISNER, 2009; VALENCIO et. al., 2009). Alguns trechos das entrevistas exibem tal perspectiva. Para esses entrevistados, é muito importante que se reflita, discuta e interfira nos aspectos relativos às vulnerabilidades e riscos. Sem isso, de acordo com alguns deles, estaríamos criando *experts* na resposta aos desastres, mas sem noções de planejamento, preparo e recupe-

ração.

Pra mim, resumidamente, desastre é uma condição social, né? Tem evento... climático..., mas é uma construção... e como é que se dá essa construção? Ai tem a questão da cidade, né? Como essa cidade foi construída, que modelo ela construiu pra ela, né, ao longo da sua história? Que modelo de desenvolvimento a gente... a gente optou, né, ao longo da história daquele lugar? (...) a gente tem que fazer esse enfrentamento de que, assim... o evento climático, né, e as vulnerabilidades... e os riscos, não vão dar conta se a gente não compreender como foram construídas essas vulnerabilidades, né? Se a gente não compreende isso, se a gente não identifica isso, a gente... vai ficar apagando incêndio. A gente sempre vai atuar na resposta e vamos sempre ser bons resposteiros... (Friburgo 2)

Como ilustra Valencio et al. (2009), fazendo referência ao modo como produzimos e sustentamos as ameaças e vulnerabilidades coletivas, “*trata-se de um suicídio coletivo, pois arbitramos, por assim dizer, tocar fogo na casa sem nos ocorrer que nos mantivemos trancando ali dentro, engendrando males e danos a nós mesmos sem escapatória*”. (VALENCIO et al., 2009, p. 19).

De forma geral, as entrevistas revelaram que a compreensão dos profissionais sobre desastres considera predominantemente o fator da vulnerabilidade, seja ela do ambiente prévio ou como a consequência do impacto do evento que a desencadeou. Além disso, a extrapolação da capacidade de resposta, mencionada em grande parte das entrevistas, também se associa a vulnerabilidade. Outros componentes citados foram o caráter destruturante que configura um desastre, com rupturas nos cursos de vida nos níveis individual, comunitário e social, a dimensão temporal do desastre e a multiplicidade de danos que um desastre propicia.

Chama a atenção a referência ao caráter inesperado do desastre, levantado por quase a totalidade dos entrevistados. No entanto, observa-se que, ao mesmo tempo em que trazem essa característica do inesperado, entendem que a vulnerabilidade prévia do ambiente diante de possíveis ameaças é um fator que traz certa previsibilidade.

A incapacidade de resposta local frente ao evento e a temporalidade do desastre também tiveram destaque nas entrevistas. A dimensão temporal do desastre foi mencionada especialmente em Mariana, chamando a atenção para o fato de que o desastre não se limita ao dia do evento que o desencadeou, como já destacamos algumas vezes durante a tese. Essa característica fica ainda mais evidente para aqueles que o vivenciaram, extrapolando a dimensão conceitual. Muitos trechos de entrevistas apresentados durante a tese revelam a extensão e cronologia do desastre. Trata-se de um grande dificultador na resposta e na recuperação. No caso de Mariana, por exemplo, o desastre não se restringiu ao dia 05 de novembro de 2015, trazendo repercussões até

os dias atuais, como vimos nos resultados apresentados. E essa não compreensão do desastre como algo dilatado no tempo, com atravessamentos por longos anos, é algo que não se observa nos agentes causadores do dano em Mariana, no caso a Samarco, representada pela Renova. Para muitos entrevistados, essa não compreensão da temporalidade do desastre pela Renova, impacta na forma com que veem as famílias atingidas. Não há uma compreensão, segundo os entrevistados, de que as famílias e configurações não são mais as mesmas do dia do rompimento.

Atrelada à dimensão temporal, a multiplicidade de danos de um desastre também é um fator importante e que foi levantado quando perguntados sobre como compreendiam *desastre*.

Partindo para uma dimensão mais conceitual e terminológica, um dos entrevistados traz uma discussão interessante. Ao mesmo tempo em que faz críticas ao foco que é dado à terminologias na área de desastres, como a discussão entre os termos *desastre natural* e *desastre socioambiental*, considerando que gera mais distanciamento e que as discussões teriam que ser mais focadas no próprio conceito de desastre, visto que ainda não se chegou a um consenso sobre a definição do fenômeno propriamente dito, também entende que as classificações têm um papel importante no que tange a materialização dos culpados pelos danos. Nesse sentido, a questão legal, jurídica, também tem uma relação com esse conceito. As classificações tomam importância nesse aspecto especialmente para os que atuam na intervenção, na assistência, no espaço acadêmico, já que essas classificações auxiliam na atuação nesses contextos.

Considerando que este estudo explora a abordagem sociológica do desastre, que o compreende a partir do componente social, e que, por isso, traz embutido a ação humana, é fundamental que o fator da “culpa” seja considerado no debate. Quando a terminologia expressa a natureza como causadora, acaba por diluir, minimizar responsabilidades, sejam elas civis, jurídicas, etc. A terminologia dificulta o entendimento do fenômeno como causador de dano e passível de penalizações, por exemplo.

Apenas na Cruz Vermelha alguns profissionais fizeram menção ao sentido do desastre levando em conta a perspectiva de quem o vivencia. Segundo eles e também alguns autores, este é o ponto de vista da Comissão Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres, do Conselho Federal de Psicologia, e que eles adotam

(NOAL, 2018). O entendimento desses profissionais sobre o desastre é de que ele só ganha sentido a partir daquele que o nomeia, de quem foi ou não afetado. Portanto, é algo subjetivo e pessoal. Além disso, entendem que o desastre é algo que retira o sujeito da situação em que estava, o colocando em outro momento de vida e que, portanto, pode ser uma oportunidade de crescimento e superação.

O que é desastre para uma família, para uma comunidade, pode ser apenas uma oportunidade de ver outras possibilidades de crescimento, de superação... e de sair da condição anterior. (...) Então, a partir do momento que ele define como um desastre, cabe a ajuda humanitária, o apoio psicossocial dado, a fazer com que ele entenda que aquilo teve uma função e que ele possa superar aquela condição (CVB 2)

(...) a pessoa é que diz o que é um desastre, a única pessoa que pode nomear um desastre, é quem vive. Eu não posso dizer o que foi um desastre para você e você não pode dizer o que foi um desastre para mim... porque você [ênfase] nomeia o que é um desastre para você. E é qualquer coisa que pode abalar ou desestruturar o seu bem-estar psicossocial... biopsicossocial, importante dizer... o seu bem-estar biopsicossocial... seja uma quebra de rotina, seja ter perdido uma casa, seja ter perdido um familiar, ou seja, ter ficado abalado com uma notícia da televisão, quem vai definir se isso é [ênfase] ou não é um desastre para você, é você. (CVB 5)

Considerando a abordagem salutogênica, um dos referenciais teóricos deste estudo, podemos observar que a perspectiva apresentada pelo Conselho Federal de Psicologia sobre a definição de desastres, se assemelha ao que defende a Teoria da Salutogênese. Quando a percepção dos que vivenciaram um evento extremo, com potencial disruptivo, é considerada previamente a qualquer tipo de intervenção, podemos entender que se trata de uma atuação que dá voz ao afetado e que também potencializa a promoção da saúde. A tendência a nomear o afetado como sujeito detentor de uma patologia ou trauma diante de um evento extremo, já classificando-o como vítima concreta de um desastre, talvez ganhe uma conotação nociva. Esse comportamento já tem sido combatido nos últimos anos na atuação em desastres, mas merece um destaque devido ao caráter prejudicial na reestruturação e na própria condução do processo de assistência. A condução do cuidado, vista sob o prisma da percepção do sujeito, daria ênfase a aspectos que, de fato, demandem atenção e acompanhamento.

A partir de uma perspectiva salutogênica, avaliamos que o senso de coerência desses sujeitos, já descrito nesta tese, é ignorado, já que não têm consideradas suas percepções sobre o evento que experienciaram. Avaliamos como fator protetor e gerador de saúde a compreensão desses sentidos e as particularidades inerentes a eles. Considerando que o senso de coerência é caracterizado pelas variáveis da *compreensão* sobre o evento estressor, a capacidade de entendê-lo como *manejável* e a capaci-

dade de significá-lo (significância), entendemos que escutar essas pessoas e estar sensível e acessível às suas concepções, pode ser compreendido como um recurso de promoção da saúde, associado a construção de um comportamento resiliente. Considerando alguns autores que também defendem o senso de coerência como fator facilitador na seleção de recursos e comportamentos eficazes para o enfrentamento de situações adversas, avaliamos que o aumento do senso de coerência seria uma estratégia de promoção da saúde no contexto de desastre. (ANTONOVSKY, 1998; ERIKSSON & LINDSTROM, 2007; LINDSTROM & ERIKSSON, 2005).

As entrevistas com profissionais da assistência humanitária revelaram a amplitude do que consideram desastre, trazendo a perspectiva institucional de que epidemias, crises humanitárias, migração forçada, terrorismo, conflitos armados, violência urbana e eventos extremos de origem climática ou tecnológica, como enchentes, secas e rompimento de barragens, por exemplo, são considerados desastres para as instituições de ajuda humanitária internacional. Ou seja, compreendem como desastres qualquer evento que cause rupturas no nível biopsicossocial dos indivíduos e desestruture um território.

Por fim, fazendo uma análise mais particularizada das entrevistas sobre a compreensão de desastres, observamos que os profissionais de Nova Friburgo focaram sobretudo na dimensão da vulnerabilidade e do caráter inesperado do mesmo. Já os de Mariana, além de darem destaque ao caráter inesperado dos desastres, frisaram a questão da temporalidade e da insuficiência da capacidade de resposta. Nas entrevistas na Cruz Vermelha, houve predomínio da perspectiva subjetiva e particular de quem o vivencia e o aspecto da ruptura como transformação no curso de vida. Destaca-se nesse grupo a percepção de desastre como evento não planejado e inesperado relacionado ao conceito de crise da própria organização. Na perspectiva humanitária dos profissionais do Médicos sem Fronteiras, o desastre é compreendido a partir de um acontecimento que extrapola a capacidade de reposta de um determinado país e que, portanto, necessita de ajuda externa. Além disso, também trazem a ruptura e desestruturação social e individual como graves componentes dos desastres.

2. Compreensão e abrangência do termo *apoio psicossocial*:

Considerando o principal enfoque deste estudo, que é a análise das ações e necessidades de apoio psicossocial em desastres e, também, a hipótese que o norteia, a de que a compreensão do que venha a ser apoio psicossocial de forma geral se concentre no suporte psicológico e social imediato às vítimas, torna-se fundamental conhecer como os profissionais entrevistados percebem essa atuação e abrangência. A forma como compreendem o apoio psicossocial em desastres se torna o fio condutor de suas ações.

Observamos que no Brasil, as definições de apoio psicossocial nesses documentos nacionais acabam por apresentá-las como sinônimo de saúde mental. (BRASIL, 2012a; NOAL, 2018). E nesse sentido, nossa hipótese acaba sendo reforçada e, em parte, confirmada. Mas o que pensam os profissionais de saúde dos municípios afetados pelos desastres supracitados e os da assistência humanitária, acerca da definição e abrangência do apoio psicossocial em desastres?

As narrativas, de modo geral, expressam o entendimento do apoio psicossocial em desastres como uma intervenção multidisciplinar e intersetorial, que deve ser voltada ao acolhimento do sofrimento e a escuta e oferta das necessidades demandadas por aqueles que vivenciaram um evento extremo, levando sempre em conta o contexto e o tipo de desastre. Além disso, falam da importância da integralidade do cuidado no apoio psicossocial, não se limitando a atuações de profissionais do campo da saúde mental e ações individuais, mas sim coletivas, com enfoque comunitário e coletivo.

(...) eu acho que essa questão psicossocial ela vem muito em função de você escutar o que que cada um passava, o que que cada um tinha, o que que era necessário naquele momento... (...) eu acho que um atendimento psicossocial é você saber aonde você recebe aquela pessoa e se você pode inserir ou não alguma coisa sua, alguma coisa... do Estado, alguma coisa... do gestor, nessa situação, né? Acho que a gente tem que estar trabalhando com pessoas que sejam diferentes, de diferentes formações... Coisa da equipe transdisciplinar, multidisciplinar, (...) porque cada um tem o seu pra dar naquele momento, né? Então eu acho que o apoio psicossocial passa muito por essa questão do escutar o que que cada um tem... a tal da cestinha de necessidades, né? Eu vou pra você com uma cestinha, e aí você vai tirando ali o que você pode né... de alguma forma... você não vai conseguir fazer tudo, mas vai me ajudar em algumas coisas, né? (Friburgo 5)

(...) o apoio psicossocial, basicamente a gente entendeu que só a Saúde Mental não ia dar conta. Então a gente começou a ver que a gente ia precisar fazer parceria. Então a gente se juntou com a associação de moradores, com igreja, com assistência social, com a educação. Assistência social assim, estava muito comprometida na época também porque eles tiveram que dar conta rápido de mobilizar abrigo e ponto de apoio. Então esse apoio psicossocial foi entender a parte toda do sofrimento dessas pessoas, mas também entender as relações que foram rompidas ali, porque você não perdeu só a sua casa. Você perdeu seu vizinho, você perdeu a sua referência, você perdeu o caminho que você fazia todo dia,

né, a escola que você ia. (Friburgo 3)

Além dessas características comuns nas falas, destacamos algumas que nos chamaram a atenção: o papel fundamental do apoio psicossocial para o restabelecimento do contato dos sujeitos consigo; como facilitador da resiliência; não restrito aos profissionais da área de saúde mental, mas sim a qualquer profissional treinado para esse tipo de atuação; e, por fim, a compreensão do apoio psicossocial a partir do prisma da assistência humanitária, que vai ser definido em função do objetivo da missão.

O apoio psicossocial é apresentado em uma das entrevistas como uma das primeiras formas de se restabelecer a consciência interna dos sujeitos enquanto sobreviventes e/ou indivíduos que precisam ter suas necessidades básicas supridas. O contexto de desastre pode atuar como um agente desestruturante para alguns indivíduos, fazendo com que não percebam suas necessidades básicas. O estado de confusão mental pode tirá-lo inconscientemente da situação. E o reconhecimento de suas necessidades é importante para que siga em frente e até mesmo para que possa aceitar o apoio psicossocial.

(...) o apoio psicossocial pode vir das coisas mais simples... quando você dá um copo d'água para uma pessoa que ela está ali passando por uma situação de desastre, ela vai pegar aquele copo d'água e ele pode se dar conta de que não estava sentindo sede... ou seja, o nível de estresse está tão alto que nem sede ela sentiu... então, quando você consegue fazer com que a vítima de um desastre se dê conta de suas necessidades naturais, suas necessidades fisiológicas, você está colocando essa pessoa em contato consigo mesma. Porque a atenção dela estava quase em sua totalidade voltada para o externo e absolutamente nada voltado para o interno. Então quando você oferece, nem que seja um copo d'água... “você já comeu hoje?”, “você já escovou os dentes?”, você faz com que a pessoa olhe para si, o que é muito importante no desastre, porque isso se perde... (CVB 5)

Apesar de não o apresentar como tal, esse ponto de vista do entrevistado de que o apoio psicossocial traz o sujeito ao contato consigo e tem papel importante na condução do cuidado, nos remete aos primeiros cuidados psicológicos. Parece haver um entendimento de que os primeiros cuidados psicológicos são o apoio psicossocial propriamente dito, o que já identificamos neste estudo que são dimensões distintas: os primeiros cuidados psicológicos entendidos como intervenção inicial após o evento potencialmente traumático e o apoio psicossocial uma intervenção mais abrangente, que inclui os primeiros e aumenta seus níveis de atuação à medida que as demandas se apresentam (apoios especializados, acompanhamento, etc.). Trazemos a fala de uma entrevistada, também da Cruz Vermelha, que entende o apoio psicossocial e os primeiros cuidados psicológicos como estratégias semelhantes, com diferenças

apenas na terminologia. Ela diz:

(...) uma coisa interessante é que se você olhar... (...) se você ler direitinho, né, o que significa apoio psicossocial e primeiros cuidados psicológicos, não tem muita diferença não, tá? É uma questão só de nomenclatura. (...) o suporte básico... o suporte psicológico básico. (...) Não é terapia. (...) É terapêutico, mas não é terapia... (...) é focal... (CVB 2)

O apoio psicossocial também é definido em uma das entrevistas como um agente facilitador de resiliência:

Apoio psicossocial eu entendo como um processo em que a gente participa de facilitar essa questão da resiliência... da gente ajudar essa pessoa a saber lidar de uma maneira, relativamente bem, né, porque não necessariamente a pessoa vai sair super bem dessa situação... tanto da questão dos indivíduos, na questão da comunidade, enfim... É um processo. Acho que é a nossa mão ajudando ali, nossa escuta... (...) eu defino como essa mão que ajuda, essa mão amiga, que a gente estende para que a pessoa possa sair de uma situação de crise, enfim... relativamente bem, da melhor forma que ela conseguir sair dessa situação. (CVB 4)

No que diz respeito ao campo de conhecimento para atuação, todos os entrevistados da Cruz Vermelha falam de a atuação no apoio psicossocial não ser restrita a profissionais da área de saúde mental. Entendem que o apoio psicossocial pode ser realizado por qualquer profissional, desde que treinado para esse tipo de atuação. Ou seja, observamos mais uma vez nas falas essa equivalência entre os *primeiros cuidados psicológicos* e o *apoio psicossocial*. Além disso entendem que os afetados/atingidos devam ser absorvidos pelos serviços públicos locais, inclusive os de Saúde Mental.

Apoio psicossocial é tudo aquilo que você pode proporcionar ao indivíduo, desde que treinado, né? Desde que a pessoa esteja treinada, eu acho que o apoio psicossocial ele não necessariamente é dado por psicólogo... ele não precisa ser psicólogo para dar apoio psicossocial, mas ele tem que ser treinado para isso. Para ele saber o que falar, como conduzir e o que fazer naquele momento. Então todas as atividades que são feitas nas primeiras 72 horas e que vão tirar a comunidade ou as pessoas ou as famílias... (...) enfim, que vai tirar daquela situação crítica, que vá olhar para o lado das necessidades básicas, das necessidades de segurança, da necessidade de saúde dele... física, até que possa auxiliá-lo minimamente na questão básica, da necessidade básica e de segurança. E a partir daí a gente poder pensar em fazer alguma coisa mais efetiva, mais técnica, mais especializada, né? (CVB 2)

Apoio psicossocial é uma coisa, apoio psicológico é outra. Parece que quando você empodera um (...) agente de saúde psicossocial (...) para ele realizar um apoio psicossocial, ele começa a achar que é um, (...) um profissional de Psicologia. Na realidade não. Apoio psicossocial é qualquer apoio que você possa dar para elevar o estado psicossocial da pessoa, levar bem-estar ao estado psicossocial da pessoa (CVB 5)

O importante do (...) apoio psicossocial é que não necessariamente eu preciso ser psicólogo pra fazer isso. Então ele é bem amplo... eu posso dar o apoio psicossocial, eu posso atender a necessidade básica daquela pessoa... independente de ser um profissional... sou limitado, claro, porque o apoio psicossocial ele em... em um determinado momento ele é limitado... porque eu vou ter que encaminhar aquele paciente, aquela vítima, enfim, pra um profissional. Mas pra mim o apoio psicossocial é uma (...) uma atenção, vamos dizer assim, um acolhimento, que parte do básico, até o extremo, vamos dizer assim... e que eu posso fazer como enfermeira. (CVB 1)

Quanto a compreensão do apoio psicossocial sob o prisma da assistência humanitária, os entrevistados explicam que o mesmo é definido em função do objetivo da missão, já que na assistência humanitária os contextos de atuação e a própria definição de desastre são mais abrangentes.

Tudo depende de qual é o objetivo da missão, né? (...) por exemplo, numa epidemia de ebola, o objetivo ou o que é um conceito de apoio psicossocial é de alguma forma aquilo que auxilia as pessoas a entender o processo do adoecimento, mas também do processo de cuidado, auxilia a isolar o vírus sem isolar as pessoas... então a atenção psicossocial está voltada para um cuidado individual, mas também para um cuidado familiar, que é também um cuidado comunitário. Em quase todas as missões é dessa forma. A diferença é o objetivo, né? (...) se o objetivo é produzir cuidado direto para a população, ela tem um objetivo, se o objetivo é produzir uma sensibilização comunitária ou, sei lá, decomposição de estigmas, como no caso do próprio ebola, né, que muitas pessoas não morrem necessariamente pela doença, mas morrem pelo estigma, né... ou morrem de inanição... morrem de isolamento, morrem de apedrejamento... (MSF 2)

Eu defino... dar suporte, ajudar... compartilhar, estar junto do indivíduo nas situações onde ele precisa, olhando sempre o todo, sempre o contexto que ele está, as pessoas que o envolvem, que faz parte do que compõe ele como ser humano... o clima... tudo, tudo o que envolve ele. Desde o ar, desde a pessoa, desde a família, desde os desconhecidos, desde a... (...) das coisas que ele tem de material... (MSF 1)

Eu defino como uma forma de você estar presente na vida de uma pessoa, num momento em que ela está atravessando ou passando por um contexto de desastre, qualquer que ele seja. E que você tenta, com a sua presença, com técnicas, com recursos, né, você tenta amenizar o impacto daquelas condições na vida da pessoa. Amenizar. (...) eu acho que, o que existe em comum em todos esses contextos, que pra mim, pelo menos, todos se configuram em desastre, é essa perda da dignidade humana, essa perda da dimensão de pertencimento, de, de... raízes, né? [grifo nosso] (...) Então a Cruz Vermelha, ela trabalha em apoio psicossocial em vários contextos... porque a nossa concepção de desastre é mais ampla... (CVB 3)

Avaliamos que muitas falas dos entrevistados, não só no que se refere à definição, tem reforçado nossa concepção de que o apoio psicossocial é quase que por si só, por definição, **integralidade**. Tem em sua raiz a integralidade das ações e a integralidade do sujeito que as recebe. As entrevistas reforçam que essas duas dimensões devem ser consideradas quando se atua no apoio psicossocial.

*(...) quando a gente está falando de apoio psicossocial, não é só das questões psíquicas, do adoecimento em si, ou da comorbidade... nós vamos ter que entender esse sujeito como alguém que está aí no mundo, como alguém que está num contexto maior, nós vamos ter que cuidar também além da questão psíquica, das questões sociais que estão em torno desse sujeito, né? Então o psicossocial, a gente não pode ficar só na questão da doença, nós vamos ter que atingir e ampliar para os outros campos... que é da vida mesmo, é do sujeito, né? Então nós vamos ter que pensar também no trabalho, nós vamos ter que pensar nas relações que esse sujeito vai criando ali com o território dele. (...) ele não é só dentro dos serviços de saúde, né? Ele está na Rede... enfim, **não existe o apoio psicossocial se você não criar rede** [grifo nosso] (...) Quando você fala em apoio psicossocial... é gigante, porque **muitas vezes a gente consegue dar um apoio... para a questão da doença... e o social vai se arrastando, sabe? E a gente não consegue tratar esse indivíduo como um todo e cuidar de todas essas questões que estão no entorno, né?** [grifo nosso] (Mariana 3)*

Indagados se percebem uma tendência a se pensar em apoio psicossocial em desastres como algo restrito ao campo da Saúde Mental, seja pelo senso comum ou

pelos profissionais de forma geral, a grande maioria diz perceber essa compreensão. Alguns deles, ao mesmo tempo que criticavam essa posição e mostravam que o apoio psicossocial é multidisciplinar, não se percebiam definindo o apoio psicossocial como sendo majoritariamente voltado para ações da Saúde Mental. Contudo, praticamente todos os entrevistados trouxeram a perspectiva do conceito ampliado de Saúde Mental dentro do apoio psicossocial, passando por ações que não necessariamente são realizadas por profissionais da área - como psicólogos e psiquiatras - até os atendimentos mais especializados. Poucos trataram o campo da Saúde Mental como sendo um campo de atuação complementar, distinto e especializado no apoio psicossocial propriamente dito. Separamos, a seguir, trechos das entrevistas em que os profissionais percebem essa tendência, explicam suas possíveis raízes e os impactos na atuação:

*Talvez principalmente no Brasil... Porque a gente tem um corpo técnico muito técnico, talvez... e sofrendo talvez no tecnicismo, né? Onde o humano muitas vezes (...) não é percebido, talvez não é incluído dentro dessa proposta... talvez nessa preocupação de ser tão ético ou tão técnico, talvez a gente perca uma parte do humano, do humano do cuidado. E eu acho que isso talvez seja a grande dificuldade que a gente tem... porque muitas vezes as pessoas no mundo (...) elas têm demandas que estão muito, mas muito além daquilo que a gente aprende na universidade, da estrutura técnica. E o que faz com que a gente tenha muita dificuldade para compreender o desastre como um todo, mas principalmente de compreender como produzir cuidado nessas estruturas, né? **Porque a atenção psicossocial ela está dentro de um escopo muito maior do que a Saúde Mental... Saúde Mental é uma parte do processo, mas ela não é todo o processo...** [grifo nosso] e boa parte dos cursos, dos poucos cursos que a gente tem formação hoje no país, eles estão bem segmentados... ou é do luto, ou é de saúde pública, ou é de técnicas específicas, como EMDR, e não necessariamente consegue ter uma visão mais generalista, né, do processo de cuidado mais amplo. (...) acho que a gente está perdendo uma parte aí do humano, e talvez a gente esteja pecando um pouco nessa estrutura de cuidado. Tem essa visão um pouco mais... focada, né, talvez mais uni direcionada, e um pouco menos generalista. **Talvez a gente precise (...) dar um passo atrás e perceber o humano de uma forma bem mais ampla. Talvez utilizando mais (...) dos princípios do SUS mesmo, né... trabalhar mais com integralidade, com equidade, universalidade... talvez isso dê uma ampliada também no escopo de trabalho...** [grifo nosso] (MSF 2)*

*A tragédia, como toda crise, né, como todo desastre, desmonta, **PLÁ!** Quando você desmonta e, e como o que houve aqui foi um impacto muito forte, no que desmontou, espalhou. Espalhou potencialidade, espalhou problema. No que juntou, a gente tentou juntar da melhor forma possível. [grifo nosso]. Acho que a reestruturação em um movimento desastroso... isso acontece na nossa vida também... Às vezes, a gente está casadinho, bonitinho, há uma separação, parece que aquilo é um desastre. Aí você tem que se reorganizar, e aí nessa reorganização, alguma coisa saiu de importante, que é entender que **Psicologia somente não dá conta, a Psiquiatria sozinha não dá conta e aí a gente aprendeu a trabalhar melhor essa escuta do outro, de não fazer cara feia quando um assistente social fala, de entender quando um cara do serviço de limpeza do CAPS i fala. Ele pode ter visto alguma coisa ou ouvido alguma coisa que a gente não ouviu. E acessar os outros, as outras áreas que dão conta desse usuário, né? Pegar o usuário para si, pode ser um... (...) um grande problema que você vai criar, né? Porque você vai querer dar conta de uma coisa que não é só uma.** [grifo nosso] (...) “Gente, você não entende que essa pessoa não veio do nada e brotou na sua frente? Ela tem uma história, ela tem pensamentos que podem não combinar com o seu, se encaixar na sua teoria psicanalítica...”. (risos/suspiro). Nem combinar com o medicamento que o médico passou. Às vezes não deu certo pra ela e o médico quer que ela corresponda aquilo, né? **As histéricas do Freud hoje em dia transam, né? (risos). Pra caramba. (risos).** [grifo nosso] (Friburgo 3)*

(...) eu acho que são essas ações que são desenvolvidas bem atreladas ao contexto, que não se limitam à uma atuação individual, com o sujeito ali só, mas com as relações comunitárias, do coletivo,

*tendo essa leitura [grifo nosso] dos impactos aqui na cidade, né, que envolvem tantas questões que são políticas, sociais, econômicas do município... (...) esse apoio ampliado, a partir dessa leitura desse contexto, que é comunitário, que é coletivo e que não se limita a um indivíduo. Acho que é isso... que é intersetorial... (...) **O trabalho da gente era isso tudo. A gente falava sobre todas as intervenções no território, mas muitas vezes a palavra que a gente usava era saúde mental.** [grifo nosso] (...) é, isso sempre foi uma dificuldade... Como traduzir isso? (risos) (Mariana 4)*

A minha opinião é que a gente tem a tendência no mundo em que a gente vive hoje (...) da patologização da vida, né... então... a gente tem essa (...) essa tendência clássica [ênfase] de... não sei se é de querer, de querer tornar tudo doença... e esquecer a parte do, do ser humano... e da individualidade, (...) da criatividade, do ser diferente, né? Da transversalidade, vamos assim colocar... então, isso aí, até nos tempos atuais, que eu vejo que a gente está tendo um retrocesso, na minha opinião até em nível de cuidado... um retrocesso humano... [grifo nosso] (...) a saúde faz parte, caminha junto com a humanidade, né, então ela também está tendo esse retrocesso... então se (...) está em alta essa questão, principalmente agora essa questão do (...) do privado, da utilidade, (...) daquela coisa... do capital, pra que que serve e quanto que a gente vai querer... vai ter a tendência a patologizar sim, inclusive patologizar a vida mesmo, psicologizar a vida... (Friburgo 4)

Poucos entrevistados compreendem o campo da Saúde Mental como complementar e específico no apoio psicossocial, através de atendimentos com profissionais especializados e com enfoque clínico. Grande parte atribui ao apoio psicossocial propriamente dito os atendimentos especializados em Saúde Mental, o que os principais guias internacionais de referência em desastre entendem como um trabalho especializado e complementar, por isso usam a expressão MHPSS (Mental Health and Psychosocial Support - ou SMAPS, na tradução para o português – Saúde Mental e Apoio Psicossocial) para se referirem a essa atuação ampliada. Complementar, mas integrada a essa intervenção mais ampla. Frisamos que estamos chamando aqui de complementar a Saúde Mental enquanto campo epistemológico e não a saúde mental como dimensão da saúde. Considerando o caráter terapêutico da escuta e do próprio apoio psicossocial, não podemos deixar de considerá-lo como um agente de saúde mental, independente se quem o conduzir for ou não um profissional da área.

Os entrevistados que levam em conta essa perspectiva do apoio psicossocial como distinto do campo da Saúde Mental especializada, também compreendem o lugar desta última a partir de seu conceito ampliado, partindo de intervenções realizadas por outros profissionais que não apenas os da Saúde Mental. As intervenções clínicas especializadas são realizadas quando necessárias e numa lógica não patologizante, integral e integrada. Essa é a perspectiva apresentada nos documentos de referência internacional.

Como revela o trecho abaixo, de uma entrevistada de Mariana, por exemplo, compreende o apoio psicossocial como um apoio comunitário, não representado uma substituição dos serviços existentes previamente, mas um apoio que leve em conta os

recursos locais e suas potencialidades. O termo *psicossocial* é apresentado por ela na perspectiva da reinserção social, de retorno às atividades comunitárias e mitigação de danos. Além disso, traz a questão da contextualização de uma demanda que vem de cada lugar, dependendo da leitura de cada contexto em que se vai atuar:

(...) eu lido hoje com esse conceito da Saúde Mental e do Apoio Psicossocial, né? (...) Então eu entendo o apoio psicossocial numa perspectiva maior. De um retorno social, de um retorno comunitário... (...) de que a gente chega realmente enquanto um apoio e não enquanto uma substituição... (...) o apoio vem muito numa perspectiva de continuar entendendo que é uma comunidade que têm recursos para lidar com aquilo ali, mas que precisa de algum tipo de ajuda. [grifo nosso]. Não precisa de ninguém que chegue e substitua tudo o que eles têm de recursos... E o psicossocial muito nessa perspectiva da inserção social, né? Da reinserção, do retorno às atividades comunitárias, de tentar reduzir esses prejuízos, essas consequências, esses danos decorrentes do desastre, né... E aí, eu penso muito a partir dessa perspectiva, dessa contextualização de uma demanda que vem de cada lugar mesmo... então em Mariana a gente vai ter uma demanda... então um psicossocial que depende de uma leitura do contexto... de um apoio que precisa ter uma compreensão de um território, de que comunidade é essa... muito diferente de uma perspectiva puramente (...) de saúde mental de um consultório ou de uma psicoterapia, de um acompanhamento especificamente clínico, né? (Mariana 5)

As entrevistas também revelaram um fato curioso, a de que o entendimento inverso também ocorre muitas vezes, ou seja, a população e outros setores para além da saúde e assistência social compreenderem que o apoio psicossocial em desastres não está associado a saúde e sim a assistência social. Alguns entrevistados observam que os leigos e alguns setores têm dificuldade de entender do que se trata o apoio psicossocial em desastres, como o judiciário e alguns setores do Estado, e não necessariamente os profissionais da área de saúde e assistência social. Essa perspectiva não se coaduna com a hipótese deste estudo, já que o entendimento nesse grupo específico é a de que o apoio psicossocial não só não se resume à saúde mental, como não a inclui.

Em Mariana, particularmente, os entrevistados percebem que há essa dificuldade de entendimento por alguns setores e que isso é observado tanto nos processos com o judiciário como na interpretação das cartilhas que produziram para a população. Observaram que a população associava o apoio psicossocial realizado pelo *Conviver* a atividades de assistência social, não articulando com a área de saúde. Uma das profissionais de Mariana, inclusive, diz que precisou rever a linguagem da cartilha e que não considera um termo fácil de ser compreendido por quem não é da área de saúde e assistência social. Diz, inclusive, já ter ouvido a sugestão de profissionais do judiciário de que o trabalho psicossocial que desenvolvem estivesse vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social, por conta do termo *social*.

(...) aqui, [ênfase] a nossa experiência é de que o termo psicossocial, para as pessoas que não são da área, causa uma dificuldade enorme de entender o tipo de trabalho que a gente está desenvolvendo.

(...) desde achar que psicossocial é com a área de assistência social, (...) de não vincular esse psicossocial à área de saúde... (...) no Judiciário a gente já escutou isso... até de níveis maiores dentro do estado... “Ah, mas isso, esse trabalho que vocês estão desenvolvendo, não é um trabalho da área de saúde... Isso deveria estar na Secretaria de Desenvolvimento Social...”. Então, assim, de não compreender o apoio psicossocial dentro de uma perspectiva de saúde... Então **eu acho que não é um termo fácil assim de ser compreendido por quem não é da área** [grifo nosso] (...) o nosso entendimento é de uma perspectiva dentro da Saúde Mental mesmo, né..., mas da Saúde Mental enquanto um conceito ampliado também, né? (...) Não se esgota dentro da Saúde Mental..., mas o que eu falei em relação ao que vem de fora, (...) é de uma dificuldade justamente em relação ao contrário. Em relação a esse social no final, assim... esse social que remete à assistência social muitas vezes, e as pessoas não compreendem que o psicossocial tem a ver com uma ação também dentro da Saúde Mental... (Mariana 5)

Segundo um dos entrevistados de Mariana, fazendo alusão à situação dos atingidos pelo desastre da Samarco, uma reflexão sobre essa tendência se deu na própria prática. Em função de as pessoas terem perdido suas referências quando foram do meio rural para a cidade, a forma de atuação foi repensada. Comenta que essas pessoas deslocadas não têm relação de vizinhança, não têm relação com o espaço e que os profissionais poderiam ter realizado atendimentos nas casas para as pessoas que estavam com quadros deprimidos, de ansiedade, dentre outros sintomas. Contudo, entenderam que, mais do que as atender individualmente, a questão fundamental era possibilitar um canal para que reconstruíssem suas relações. A intervenção ocorreu muito mais no território, possibilitando que essas pessoas entendessem o contexto numa perspectiva psicossocial. Dessa forma, se sentem mais seguras e conseguem “*restabelecer seus vínculos, se autodeterminar e a reconstruir autonomia*”. Essa é a forma de atuação e compreensão dos profissionais de Mariana, de forma geral, acerca do apoio psicossocial em desastres. Eles chamaram essa intervenção de *Projeto Meu Bairro*.

Essa é uma particularidade do desastre ocorrido em Mariana, em que as pessoas saíram da área rural e foram para uma nova cidade. Com isso, não só perderam as redes estabelecidas no antigo espaço, que é uma característica própria de um contexto de desastre, como também houve quebra de vínculo com o território, com a localização geográfica. Além das rupturas que um desastre já traz, existe também esses atravessamentos para além das questões psíquicas. Portanto, foi preciso oferecer possibilidade de restabelecimento de laços com o novo espaço, o que foi desafiador, segundo os entrevistados de Mariana.

Pensando em termos de efetividade, os entrevistados foram perguntados sobre o que consideram um apoio psicossocial efetivo em desastres. Com base no que foi respondido, foi criado um quadro com os aspectos levantados:

Aspectos importantes para se alcançar um apoio psicossocial efetivo
Garantia dos primeiros cuidados psicológicos
Orientação de toda a rede de cuidados de que a área da Saúde Mental não pode intervir em todas as situações. Os próprios familiares e comunidade podem amparar as pessoas afetadas
Orientação de que não necessariamente todas as pessoas precisarão de suporte psicológico no momento do desastre (“ <i>Despsicologização</i> ” da Saúde Mental)
Profissionais da Saúde Mental devem entender que o apoio psicossocial precisa partir de uma concepção de clínica ampliada, a partir dos determinantes sociais da saúde. Necessidade de se pensar na determinação social que foi causada por um desastre, mais do que necessariamente as condições individuais, singulares do sujeito.
Entendimento da governança de que em um cenário de desastres é preciso construir e organizar estratégias diferentes daquilo que está na rotina, flexibilizando processos.
Entendimento de que a oferta de cuidado não necessariamente será dada por um psicólogo
Maior sensibilidade dos profissionais acerca de questões que atravessam o cotidiano dos afetados/atingidos por desastre
Melhoria na comunicação das equipes que não atendem com regularidade os afetados/atingidos
Ações no território. Pensar o “ <i>dentro e fora</i> ” (equipes não fiquem restritas ao espaço do serviço)
Espaços de construção intersetorial. É preciso muito alinhamento entre os atores.
Leitura ampla do contexto
Estar alinhado com a rede (ter uma ampliação o máximo possível desses espaços de alinhamento intersetorial, para a definição de papéis e atuação)
Considerar o caráter coletivo, estando atento as potências e rupturas comunitárias
Ações devem ser contínuas para serem efetivas
Não ficar preso a protocolos e sim se utilizar de “ <i>cardápios</i> ” ¹²
Atender o maior número de pessoas possível, com a maior qualidade possível, dando sempre prioridade àquilo que a população realmente necessita. Abarcar a dimensão biopsicossocial.
Atuação que contemple o pré, peri e pós impacto.
Considerar as especificidades de cada desastre e local
Ter sensibilidade e feeling para o cuidado
Desenvolver estratégias pragmáticas (Exemplo: Fazer a escuta da demanda do sofrimento e a partir disso, desenvolver a estratégia para aquele lugar específico, levando em conta a perspectiva sócio-política e cultura daquele local)

Quadro 4: Aspectos importantes para se alcançar um apoio psicossocial efetivo. Fonte: Elaboração própria. Baseado nas respostas das entrevistas.

É possível observar que aspectos até então já apresentados por eles na com-

¹² O termo *cardápio* é utilizado pelos profissionais do Departamento de Psicologia da Cruz Vermelha para se referirem à escolha de estratégias já disponíveis, que sirvam as necessidades específicas. Segundo eles, fazem menção à terminologia adotada por alguns profissionais do Médicos sem Fronteiras em eventos científicos, sem saber ao certo sua autoria.

preensão de apoio psicossocial, ganham agora uma dimensão estruturante, estruturada e conexa. Mesmo considerando os diferentes contextos e lugares de fala dos entrevistados, há uma coesão no que entendem como um apoio psicossocial efetivo, o que de alguma forma pode contribuir para a construção de caminhos e estratégias efetivas por aqueles que atuam no apoio psicossocial em desastres.

Analizamos que os aspectos mais citados foram a leitura do contexto e a escuta das demandas pelos indivíduos e comunidade. Ou seja, o entendimento do que, de fato, aquele indivíduo ou comunidade específica precisam, para depois ofertar apoio. Esse parece ser, a partir da prática dos profissionais entrevistados, o ponto central que norteia as demais ações. Separamos alguns trechos das entrevistas que contextualizam e aprofundam alguns desses aspectos do quadro. Para grande parte dos entrevistados, a leitura ampla do contexto em que vai haver a atuação é imprescindível nos desastres. A singularidade dos contextos é um fator essencial porque emergem dela as estratégias que serão construídas e adotadas.

(...) cada desastre é um desastre, né? Cada população é uma população... (...) Não adianta você ir com um modelo pronto, porque a reação daquele grupo, ou de uma pessoa que seja, pode ser diferente. Então é você ir com toda a tua gama de técnicas, de recursos, de tudo aquilo que você conhece teoricamente e tecnicamente, mas aberto para realmente enxergar a prioridade daquela população, naquele momento específico (CVB 3)

(...) Eu vejo que efetivamente teria que passar por essas fases aí, de acolhimento, identificação de risco, consulta e o tratamento com acompanhamento. (Friburgo 1)

Considerando as falas de alguns entrevistados, em um cenário de desastres é preciso construir e organizar estratégias diferentes daquilo que está na rotina, flexibilizando processos e atividades do cotidiano. **Os desastres convocam atuações e intervenções dinâmicas e fluidas, para que seja possível enfrentá-los.** Nesse sentido, optamos por destacar também a perspectiva de que um apoio psicossocial efetivo não deve estar limitado a protocolos e a dimensão técnica, sendo imprescindível que haja o *feeling para o cuidado*. Acreditamos que esses aspectos sejam complementares.

(...) eu acho que vai além da questão técnica, sabe? Acho que o apoio psicossocial nesses casos, vai muito além da questão técnica... você pode ser o mais gabaritado profissional do universo, se você não tem a sensibilidade de mudar, (...) se você não tem isso do toque, do feeling, assim, sabe... não vai funcionar. [grifo nosso]. Você pode ter uma sala linda..., mas se você fizer um atendimento ou uma escuta em baixo de uma árvore, no meio de uma vala, vai funcionar muito bem... então eu acho que é ter essa sensibilidade, esse feeling mesmo de sacar [ênfase] o que que o outro está querendo de você naquele [ênfase] momento, que daqui a um segundo pode mudar... [grifo nosso] (...) se você vier com todo o conhecimento do mundo, com mil falas prontas, você quebra tudo, já era, acabou... você pode ir embora porque você não foi... você perdeu lá, perdeu... que é diferente se você simplesmente deixar o outro te dizer o que ele precisa de você... Então eu acho que é muito além da técnica, a questão da sensibilidade, da humildade, do que é do humano, né? Do princípio do humano... (MSF 1)

(...) eu tô tentando muito com a equipe toda sempre fazer essa ligação... com 2011, pra gente poder ter uma radiografia melhor, dessa questão da saúde... a gente recebeu um tempo atrás a denúncia que um casal, que mora no Terra Nova, estava criando galinha na casa deles, que meio que é um escombro... tem que ser demolida... Ai o pessoal da vigilância sanitária e da ambiental, (...) eles foram agir em cima do código sanitário... “Não, isso não pode, não sei o quê, não sei o quê lá...” aí o coordenador da ambiental falou pra mim... “Ah é, mas a senhora esteve aqui até um pouco alterada... não sei o quê, não sei o quê lá... depois a gente ficou sabendo que eles perderam duas filhas no desastre...”. Eu falei, “Bem, a gente não vai poder lidar com essas pessoas como se fossem pessoas comuns que estão infringindo o código sanitário... A gente tem até que compreender por que é que eles estão criando galinha naquela casa... que vínculos eles estão... o que que não ficou resolvido com aquilo, aonde eles perderam duas filhas...”. Então é esse tipo de coisa que eu tô tentando agora junto com a equipe, porque senão a gente, a gente fica muito duro... e essas pessoas vão ficando piores... (Friburgo 2)

Esta última fala, chama a atenção de que os profissionais não podem ficar duros a questões que merecem uma sensibilidade diferenciada. É preciso o “*feeling para o cuidado*”. Não é só o cumprimento do código ambiental por si só, mas entender por que estão infringindo a lei em um espaço simbólico para a família, como no exemplo dado do casal que criava galinhas em uma área de risco.

No que tange à comunicação, foi mencionada em muitas entrevistas como fundamental para um apoio psicossocial efetivo, especialmente nas entrevistas em Nova Friburgo. A falta de comunicação afeta a articulação com a rede, ocasiona distorções, trabalho duplicado, revitimização, pode acarretar na oferta de serviços desnecessários e problemas entre os profissionais e deles com os afetados. Além disso, a falta de comunicação no meio acadêmico tem gerado pesquisas análogas e, em alguns casos, de revitimização dos afetados, como várias coletas de amostras de sangue para análise das condições de saúde e ativação de situações de estresse. Segundo alguns entrevistados, não há comunicação do que é feito por profissionais das mesmas áreas de conhecimento. Nesse caso específico, avaliam que quando não há essa troca entre os profissionais, não se cria ou fortalece uma rede, pois o trabalho fica fragmentado. Ocorrem retrabalhos, custos maiores, risco de revitimização, risco de cansar o afetado com trabalhos repetitivos e pouco efetivos. De acordo com alguns entrevistados, a comunidade científica deveria também publicizar mais as pesquisas e intervenções, para que não haja trabalhado duplo.

Ainda em relação a falta de comunicação, uma das entrevistadas diz já ter se sentido hostilizada por atender atingidos de determinados distritos e que a falta de comunicação e a leitura do contexto por parte dos profissionais dificulta a efetividade do apoio psicossocial. Segundo ela, alguns profissionais e parte da população têm o entendimento de que alguns atingidos são arrogantes e acabam se dirigindo a eles com tratamento diferenciado. Isso ocorre, segundo ela, em função do discurso de alguns

atingidos, que por receberem um benefício por conta do rompimento da barragem, por vezes demonstram que estão realizando coisas que os demais não estão. Ocorre que aqueles que não são considerados atingidos diretos, mas perderam seus empregos e outros bens, não recebem benefícios e chegam em alguns casos a passar fome. Em contrapartida, alguns que recebem o benefício por serem *atingidos diretos* acabam sendo interpretados como um pouco arrogantes. Os que recebem o “*benefício*”, contam que fazem churrasco todo final de semana, por exemplo, de forma que incomoda uma parcela da população. Isso gera conflitos de relacionamento entre eles e com os profissionais de saúde, que não têm muita sensibilidade diante dessa situação e, em certos casos, também são atingidos e se sentem incomodados, segundo a entrevistada.

Ela acredita que seja um empoderamento que o benefício causa nos atingidos e que alguns profissionais não estão sabendo lidar. A comunicação é essencial nessa situação. Trata-se também da leitura do contexto, falada anteriormente.

(...) precisa melhorar o setor secundário... [se refere ao setor secundário do sistema de saúde]. Agora que eu tô pensando aqui um pouco... às vezes, a gente aqui dentro, porque eu estou muito aqui dentro, né? [refere-se à atenção primária]. (...) parece que nós estamos mais sensibilizados, pela nossa própria vivência de como lidar com isso melhor... eu acho que não são todos os lugares que estão assim. (...) olha só, que engraçado... A pessoa atingida ela está tendo os benefícios... (...) vai ter a casa de novo... e tem que ter mesmo, perdeu. Mas eles têm um cartão que eles recebem e tem uma quantidade que é paga e mais X% por membro da família... e aí... vou falar bem a realidade que estava acontecendo... (...) Paracatu, Águas Claras, é bem precário, é bem pobrezinho... e às vezes essas pessoas atingidas chegavam na unidade de saúde tendo uma fala assim: “Lá em casa agora é churrasco quase todo o fim de semana...”. Então assim, não tinha isso, assim que eles apresentaram pra gente... não tinha isso... aí meio que eles ficam com raiva... “Ih, lá vem ele de novo...”. Aí o que que estava acontecendo nessa equipe? Posso falar porque eu vivenciei isso e fui lá (...) pra tentar sensibilizar... Falava assim: “Lá vem ele de novo. Ó, não está precisando de nada. Fica debochando da cara da gente, querendo aparecer...”. E aí meio que, qualquer fala, até que seja necessária, eles... ts... desconsideravam... não valorizavam aquilo. Então, eu acho assim, aqui... aqui, bem no nosso umbigo aqui, a gente está sensível a isso. Reconhece que existe essas situações, mas a gente tenta não levar em consideração. O fora e até o de outras equipes, não sabem disso, não percebe... e às vezes até hostiliza. (...) eu já me senti hostilizada em alguns momentos... (Mariana 2)

A entrevistada explica que é preciso entender que essa fala não é pessoal e que expressa uma condição nova e particular daquele grupo, que tem suas necessidades e sofrimentos também. Na visão dela, é preciso melhorar a comunicação das equipes que não atendem com regularidade essas pessoas. Apesar de serem atendidos na UBS que funciona agora em Mariana, algumas vezes usam o serviço da UBS local, perto de suas casas. Como o atendimento é esporádico, esses profissionais acabam não tendo muito contato e têm atitudes de estranhamento com essas falas. Não estando muito sensibilizados, podem cometer julgamentos desnecessários e até prejudiciais para um atendimento efetivo.

(...) eu vejo que precisa haver uma comunicação melhor fora daqui, para dar um atendimento melhor pra esse público, porque eles estão espalhados, a gente está aqui pra oferecer. Mas muitos preferem ir onde tem um PSF perto da casa dele, né... E aí o profissional não está muito sensibilizado, porque é... não lida, ele lida esporadicamente com um ou outro... então precisa melhorar essa rede aí... (Mariana 2)

(...) teve uma funcionária (...) que falou... (...) “Tá, beleza. Eu tô entendendo o que vocês estão falando... que a gente não deve... deve se sensibilizar, esquecer aquela fala e tratar como um todo. Mas você imagina o meu marido... (...) ele tinha um emprego, ele perdeu e como ele não é um atingido direto, [grifo nosso] às vezes a gente passa fome...”. Então assim, eu entendi o que que aquela pessoa estava falando e é isso mesmo... Ai, delicado demais, né? (...) Então foi bom a gente ir lá para isso, mas também entender por que que está com raiva... “Poxa, ela está bancando a casa sozinha essa funcionária...”, “O marido está desempregado”. “Ele tem ajuda da empresa? Não, não vai ter... perdeu o emprego lá”. (...) aí você acha assim um desaforo, né? “Olha que desaforo ficar aqui sambando na cara da gente...”. E aí a gente tem que trabalhar essas questões... então é uma faca de dois gumes, né... entender, mediar isso, como que faz? Acho que tem que haver mais comunicação, mais conversa entre os profissionais, sabe? E também não desvalorizar também a fala deles, né? (Mariana 2)

Costa (2006), entende que essas questões correspondem a um jogo político, em que os atingidos são colocados em uma posição em que o foco acaba sendo os interesses individuais dos mesmos. E isso acaba fragilizando a força coletiva, colocando as vítimas como culpadas da situação do desemprego e induzindo a uma ideia de que estão desfrutando de *benefícios* da empresa, termo que é rejeitado por alguns atingidos, como ilustra Zucarelli (2016). Em pesquisa de campo realizada pelo autor, pôde ouvir de uma moradora de Barra Longa que ao invés da palavra benefício estar impressa no cartão entregue pela Samarco (indicando a verba para manutenção dos que perderam sua fonte de renda), deveria estar escrito “*pequeno reparo da desgraça que fizemos com vocês!*”. (ZUCARELLI, 2016, p. 322).

Corroborando com esse entendimento sobre o jogo político, Scott (2012) esclarece:

Ao se referir à esperteza dos reassentados em conseguir benefícios, inverte-se a ordem das coisas, sugerindo que estão burlando alguma coisa em vez de cobrando os seus direitos. Acumulam-se referências muito diversas a práticas sobre as quais se joga um ar de questionabilidade moral, como acusações de apropriação indevida de recursos pelos representantes, favorecimento de pessoas e grupos mais próximos, invenção de relações inexistentes para ser contemplado com algum benefício, aliança com pessoas e organizações mal-intencionadas, e assim por diante. (SCOTT, 2012, p. 137).

Esses atravessamentos precisam ser considerados nos serviços que ofertam cuidado à população. Um dos aspectos preconizados na Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), é o estímulo a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, para que se construa processos coletivos de enfrentamento de relações de poder.

Segundo o documento, quando essa comunicação não é fluida é comum o estabelecimento de práticas desumanizadas, que inibem a autonomia e corresponsabilidade dos profissionais de saúde. Além disso, a comunicação entre esses três atores do SUS gera reflexão e inquietação, componentes que a Política vê como “motores” de mudanças e que devem ser considerados recursos para a promoção da saúde (BRASIL, 2013a).

Outro aspecto citado que ressaltamos, é a construção coletiva e no território para a efetividade do apoio psicossocial. Quando se entende o contexto, as especificidades e demandas reais, a intervenção precisa se dá na dimensão coletiva e numa conjugação entre o setting institucional e o território. É o que uma das entrevistadas chamou de “*intervenção dentro e fora*”.

(...) nós não vamos fazer nada psicossocial se você pensa só dentro. (...) Tem que ter uma equipe que também dê conta de pensar dentro e fora, com o outro. Porque se eu pensar dentro e fora só comigo, também não vamos atingir nada. É pensar o dentro e fora com [ênfase] o atingido, ou seja, (...) e ele tem que pensar dentro e fora daquilo. Ai você dá conta de fazer. (Mariana 3)

É fundamental que a intervenção seja considerada no espaço de convívio dos sujeitos e coletividades afetadas, sempre levando em conta o contexto, e que haja espaços de construção intersetorial, já que muitos desastres envolvem diversas dimensões, como os ocorridos na Região Serrana do Rio e em Mariana, especialmente neste último.

Nesse sentido, fazemos referência aos sete princípios da resiliência apresentados nesta tese. Ao mesmo tempo que falam do aspecto positivo de se trabalhar com muitos atores, trazem o risco da sobreposição de danos quando na ausência de alinhamento (www.stockholmresilience.org/applying-resilience). No caso de Mariana, por exemplo, os muitos atores e instituições envolvidos, com diferentes perspectivas de cuidado e de atravessamento, acabam sendo avaliados pelos entrevistados como um dificultador na construção de comunidades resilientes. São diversas as dimensões envolvidas no apoio psicossocial em Mariana, o que requer o alinhamento entre eles e deles com os atingidos. Uma das entrevistadas defende que esse alinhamento interseccional é fundamental para a definição de papéis e da atuação propriamente dita.

*Eu acho que, em primeiro lugar, esses espaços de construção interseccional e coletiva, assim... porque o desafio envolve tantas dimensões... (...) de trabalho, moradia... né, e aí tantos atores... e aí a gente conversa até mesmo de sobreposição de ações e... (silêncio) muitas vezes uma dúvida, assim, de como fazer, enfim, eu acho que isso tem que estar alinhado, muito bem alinhado entre os atores. **Eu acho que é uma leitura ampla mesmo do contexto que você está, porque você só vai conseguir atuar a partir disso, né, e para cada situação vai ser muito específico... e estar alinhado com a rede, assim... ter uma ampliação o máximo possível desses espaços de alinhamento interseccional [grifo nosso], para***

a definição de papéis e atuação, porque é isso, é muito complexo... tem muitas dimensões... e aí, (...) tem que ter esse caráter coletivo, atento a essas rupturas comunitárias. (Mariana 4)

Um dos entrevistados de Mariana resume bem em um trecho de sua entrevista esses diversos aspectos que trazem efetividade ao apoio psicossocial. Fala dos primeiros cuidados psicológicos, do cuidado em não se fixar em protocolos, do papel do campo da Saúde Mental nos desastres e como ele deve ficar claro para os profissionais da área e também os de fora dela, o cuidado com a patologização e, por fim, a importância de se levar em conta no apoio psicossocial os determinantes sociais que atravessam o desastre e a vida dos sujeitos afetados, procurando não enxergar esses últimos isoladamente, mas como partes integrantes desse contexto mais amplo e determinado pelas condições sociais.

(...) vamos pensar aí em termos de (...) um guia básico... (...) você tem que ter... (...) esses primeiros cuidados psicológicos eles são essenciais, assim, isso precisa fazer parte da rotina (...) e inclusive de orientação de intervenção... (...) eu acho que a segunda é você ter também uma (...) orientação de (...) toda a Rede (...) de que a Saúde Mental ela não vai intervir... ou ela não tá ali pra intervir porque a pessoa chorou...Sabe? Tipo... “Ah, nós vamos ter que demolir a casa (...) da Dona Maria, então chama o psicólogo...” Não é disso que se trata... (...) às vezes o vizinho da Dona Maria consegue amparar e suportar ela muito melhor e muito mais do que “Ah, chama o psicólogo porque a pessoa está com algum sofrimento, né... com alguma questão (...) emocional, psicológica...”. (...) isso tem que estar claro pra todos os profissionais de saúde, pensando em termos de efetividade... (...) eu vou chamar de despsicologização da Saúde Mental... de que não é o psicólogo, a psicóloga que tem que estar ali naquele momento ofertando cuidado... E acho que a gestão entender que num cenário de desastres, você precisa construir e organizar estratégias diferentes daquilo que está posto na rotina... de que há necessidade de que você flexibilize alguns processos e algumas rotinas... pra dar conta de suportar um evento que é anormal... (...) e talvez por último, os profissionais da Saúde Mental entenderem que (...) o apoio psicossocial ele tem que partir de uma concepção de uma clínica ampliada, né... (...) se na rotina de um CAPS e de um, por exemplo, de (...) uma atuação na atenção primária (...) você... (...) tem que ter espaço para intervenções individuais... (...) mais... (...) ortodoxas... (...) mas que você não pode se restringir a isso sob pena de patologizar, a medicalizar algumas reações, alguns processos.... numa situação de desastre, muito mais... (Mariana 1)

Por fim, e não menos importante, apresentamos o aspecto da continuidade do apoio psicossocial. Para algumas entrevistadas da Cruz Vermelha, a efetividade se dá com ações prévias e contínuas, além da resposta. As fases da recuperação e reconstrução, definidas na PNPDEC, são consideradas por elas como parte da efetivação do apoio psicossocial:

(...) essas atividades têm que ser contínuas... (...) onde depois de um certo tempo aquele paciente venha a se tornar um agente de apoio psicossocial. (...) e aí você vai se reerguendo, vai trazendo resiliência cada vez mais e mais e de repente, você vai estar sendo um agente, ajudando e apoiando aquela atividade, enquanto há tempos você era uma vítima, uma paciente (CVB 1)

Efetivo eu acho que é pré, peri e pós. Não adianta eu só atuar no momento do desastre. Eu tenho que pensar que aquilo ali pode trazer estresse pós-traumático, pode trazer outras questões psicossociais que eu preciso acompanhar... e que o apoio psicossocial efetivo a gente tem que entender que ele não é a curto prazo, que ele é a médio e longo prazo, e ele precisa ser acompanhado. (CVB 4)

3. Ações práticas de apoio psicossocial e resultados observados:

Com o intuito de levantar práticas que têm se mostrado positivas no apoio psicossocial em desastres, mas que obviamente, precisam ser avaliadas dentro dos contextos de uso, foi pedido que os entrevistados citassem ações práticas em suas experiências. Como recursos que têm apresentado bons resultados, foram mencionados: a construção de itinerários terapêuticos, discussão de casos, rodas de conversa, grupos operativos e a terapia comunitária integrativa (TCI). Importante considerar que esses recursos foram associados em todas as entrevistas às ações práticas que minimamente devem ser avaliadas nesses contextos extremos. Apesar do caráter singular de cada desastre, recomenda-se que essas ações fundamentais, já apresentadas no tópico anterior como efetivas (muitas delas corroboradas através de estudos baseados em evidências, como apresentadas neste estudo), sejam consideradas: primeiros cuidados psicológicos, acolhimento, espaços de escuta, recursos humanos suficientes e capacitados, sensibilidade na percepção das necessidades dos afetados, atuação não limitada aos espaços institucionais, mas também no território, atuação articulada com outros atores e setores, trabalho preventivo, atuações contínuas e acompanhamento após a resposta.

Itinerários terapêuticos

O conceito de *itinerário terapêutico* é utilizado nos estudos sócio antropológicos em saúde para denominar o percurso e as escolhas de indivíduos na busca de cuidados terapêuticos que aplaquem suas enfermidades ou situações de sofrimento, não se restringindo a fluxos pré-determinados. Trata-se de escolhas terapêuticas que levam em conta concepções individuais e coletivas acerca do adoecimento e formas subjetivas e contextuais para se atingir um processo de saúde. São constituídos, segundo alguns autores, pelas escolhas e caminhos desses indivíduos ou grupos na recuperação ou manutenção da saúde, se valendo dos mais diversos recursos, como práticas religiosas, métodos caseiros, até o uso dos serviços de saúde biomédicos tradicionais (CARVALHO, 2016; GERHARDT et.al. 2016; CABRAL et.al. 2011; MARTINEZ, 2006; ALVES, 1999, 2015).

Em Mariana, alguns profissionais se referem a essas estratégias de cuidado dentro dos itinerários terapêuticos de *espaços de estimulação de redes de apoio*. No caso específico do município, foram mencionados como recursos dessa perspectiva a

articulação com os diversos atores que o desastre convocou, o *Café com Prosa* e o projeto *Meu bairro*, que fizeram parte dessa estratégia de cuidado aos atingidos pelo desastre.

Projeto “Café com Prosa”

O “Café com Prosa” foi uma estratégia adotada pela equipe Conviver, em parceria com dispositivos de saúde e assistência social, como o CAPS, CREAS e CRAS. Foi criado com o objetivo de conhecer as famílias deslocadas, estabelecer vínculos e fazer o diagnóstico inicial, de forma a também construir outras ações ao longo do trabalho. O *cafezinho*, símbolo da tradição mineira e da aproximação entre as pessoas, especialmente entre as famílias do interior e da zona rural, somado ao encontro de pessoas para uma boa conversa (afetuosamente chamada de *prosa* no estado de Minas Gerais), inspirou a criação desse grupo. As primeiras escutas foram nos domicílios dessas famílias. Posteriormente foram ocorrendo em diferentes espaços coletivos da cidade. Os encontros eram marcados por rodas de conversa, com o objetivo de ressignificar as perdas e construir vínculos entre os participante, os profissionais e os espaços urbanos.

Foram escolhidos cinco locais da cidade para que fossem construídos espaços de cuidado no território, com a finalidade de trabalhar a ressignificação das perdas. As famílias foram convidadas a irem a esses espaços para iniciarem conversas, agora enquanto coletivo. Foram usados principalmente espaços em associação de moradores e escolas, tendo sido realizados alguns encontros. Inicialmente não houve divisão dos grupos por faixa etária, gênero, etc. De acordo com as entrevistas, havia um trabalho conjunto com a assistência social nesse período.

Apesar de comunidades muito diferentes, não houve separação entre moradores de Bento Rodrigues e Paracatu, o que posteriormente foi avaliado como negativo. Partiu-se da ideia de que todos eram atingidos pelo rompimento, mas posteriormente analisaram que era necessário considerar as especificidades e a existência de conflitos.

Dentre os diversos encontros do *Café com prosa*, foi mencionado como destaque o realizado no bairro Colina, onde um grupo de mulheres moradoras de Bento Rodrigues levantou questões que estavam atravessando negativamente seu cotidiano com a ida para esse novo local. Foram citados o ócio, a perda do contato com a terra, do cultivo da horta, perda da atividade de trabalho e de atividades significativas em

geral, como o futsal feminino, que acontecia em Bento Rodrigues antes do rompimento. Apesar de uma boa adesão, a equipe tinha uma expectativa de que mais pessoas comparecessem. Consideram que das atividades coletivas que realizaram, o *Café com Prosa* foi o que levou mais pessoas. A partir das demandas apresentadas nos grupos, ações foram sendo tomadas, como o retorno do time de futsal feminino de Bento Rodrigues.

Projeto *Meu bairro*

O projeto “*Meu bairro*” foi criado em Mariana com o objetivo de ressignificar o território onde as pessoas deslocadas estavam residindo. O território era novo e as relações de vizinhança, de comércio, de identidade, ganharam outra configuração. Segundo alguns entrevistados, muitos estavam adoecendo por conta dessa mudança de espaço e a percepção desse adoecimento, levou os profissionais a criarem essa estratégia de aproximação com o território e a construção e ressignificação de vínculos.

Qual que foi a leitura? (...) As pessoas não conhecem o território, elas não têm relação de vizinhança, elas não têm relação com o espaço. (...) a gente poderia ficar fazendo visitas familiares ali... (...) casa a casa... (...) A possibilidade delas adoecerem e dos quadros agravarem, é muito grande... E aí o que é que a gente entendeu? (...) a questão era muito mais de possibilitar acesso pra que essas pessoas construíssem uma relação, uma rede significativa, do que atender individualmente essas pessoas... É claro que ali dentro daquele grupo, uma ou outra pessoa estava desenvolvendo um quadro patológico mais grave? Sim, aí essas pessoas você vai organizar e mobilizar, com uma atenção mais... mais individual, mais centrada aí nas questões particulares, singulares, do porquê que isso tem agravado aquele... mas a intervenção é muito mais no território... mais de possibilitar acesso, né, muito mais de possibilitar que essas pessoas entendam o contexto, o cenário, numa perspectiva psicossocial, ou seja, o social e o psíquico aí conversando... (...) e aí elas se sentem mais seguras, elas restabelecem seus vínculos, elas começam a se autodeterminar, começam a reconstruir aí a sua autonomia [grifo nosso] (Mariana 1)

(...) a gente fez esse encontro em (...) três bairros aqui e depois teve o mirim também, que foi com as crianças. (riso). (...) a gente conversava sobre saúde, teve uma articulação com outros profissionais da equipe da saúde da família... (...) então teve essa participação das outras equipes de saúde. (...) a gente pensou em novas construções de vínculos e através desses espaços levar essas discussões sobre saúde também... e como uma forma de promoção... [grifo nosso] (Mariana 4)

Rodas de conversa

As rodas de conversa são estratégias metodológicas pedagógicas que possibilitam encontros dialógicos, ressignificação de sentidos sobre as experiências vividas. As falas expressam o modo de vida, sem recomendações pré estabelecidas e um discurso cristalizado e moldado. Favorece a reflexão e o aprendizado. (SAMPAIO et al. 2014). Se mostraram ricas estratégias em diversos contextos, seja na experiência dos profis-

sionais em Mariana, seja em contextos citados pela Cruz Vermelha e pelos Médicos sem Fronteiras, dentro e fora do país. A Cruz Vermelha, por exemplo, menciona os trabalhos de recreação para crianças e o trabalho “Inundações”, realizado em Alagoas e Pernambuco em virtude das fortes chuvas no Nordeste em 2010: “*É uma atividade onde traz conforto, porque quando um começa a falar os outros veem que eles não vão ser criticados se falarem... porque todo mundo está falando dos seus traumas, né?*”. (CVB 1)

De acordo com Sampaio et al. (2014), fazendo menção às ideias de Buss e Pellegrini-Filho (2007), “*se bem operacionalizada, a roda contribui com ações sobre os determinantes sociais, já que esses dizem respeito aos modos simbólicos e materiais dentro dos quais a vida se atualiza, rompendo, portanto, com as perspectivas biomédicas que historicamente conformam o setor saúde*”. (SAMPAIO et al., 2014, p. 1302).

Grupos operativos

A técnica de grupo operativo consiste em um trabalho com grupos, com vistas a promover a aprendizagem. Foi criada pelo psiquiatra e psicanalista Pichon-Rivière. A técnica sugere uma tarefa específica e a condução por seus integrantes. Propõem que haja um *coordenador* e um *observador*. O primeiro com a função de problematizar e estabelecer articulações entre as falas dos participantes, direcionando o grupo para a tarefa comum e o segundo anotar o que ocorre durante o processo grupal. São analisados os papéis de cada participante no grupo, que são dinâmicos e mudam conforme as expectativas individuais e grupais. Além desses papéis, existe o *porta-voz*, que explica ao grupo o que está implícito; o *bode expiatório*, que aparece quando algo não tem aceitação do grupo e, por fim, o *líder de mudança*, que surge quando o que foi explicitado pelo porta-voz é aceito pelo grupo. Esse último tem o papel de contribuir para o diálogo grupal. (BASTOS, 2010; GAYOTTO, 1992).

(...) os grupos operativos são muito interessantes... eles funcionam muito bem. Eu lembro que lá naquele abrigo (...) nós fizemos com alguns e aí algumas pessoas foram aos poucos chegando, falando... falando da sua perda, da sua dor... mas... isso faz com que o outro possa se identificar e ver que ele não está sozinho. E novas redes vão se formando ali, né... rede de apoio... apoio entre eles, né? Então assim... pode ser que em algum outro lugar, por exemplo, naquele abrigo anterior, não conseguisse fazer isso... porque eu vi coisa tão pesada... se eu fosse fazer isso acho que eu ia vitimizá-los mais ainda, né... nesse abrigo não... nesse abrigo a gente pôde trabalhar... (...) porque existia pessoas que tinham coisas pra trocar... eu achava que isso ia ser bom e foi... foi muito bom, foi muito bom... no final já estava quase todo mundo ali, quando não estava na roda, estava em pé... e estava participando, querendo falar da sua experiência... (MSF 1)

Terapia Comunitária Integrativa (TCI)¹³ - A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) já foi descrita neste trabalho, no tópico sobre ações que estão sendo realizadas atualmente em Nova Friburgo.

As ferramentas mencionadas pelos entrevistados trazem a semelhança de produzirem um espaço de fala e escuta entre os grupos que levam consigo experiências semelhantes de perda e rupturas. No entanto, chamamos a atenção para o cuidado dos profissionais quanto a criação de espaços cuja fala sobre a experiência é estimulada e provocada pelo profissional. Como já mencionado, a técnica da entrevista psicológica, ou *debriefing*, não tem sido recomendada pelos especialistas em apoio psicológico em desastres, sendo preconizado os primeiros cuidados psicológicos na fase aguda e atendimentos especializados nos casos mais graves. Esses espaços de fala se mostram positivos e estratégicos após os primeiros cuidados psicológicos, em momento posterior a fase aguda e com o devido suporte profissional. Os próprios documentos internacionais recomendam que os primeiros cuidados psicológicos não sejam os únicos espaços de fala, evidenciando a necessidade de um *pacote* de Saúde Mental e Apoio psicossocial que associe os primeiros cuidados psicológicos com outras técnicas, como espaços de acolhimento e gestão de casos (IASC, 2009; OMS, 2015; Psychological First Aid: Five Year Retrospective (2011-2016), sem data).

Também foram citadas como ações práticas de apoio psicossocial, o cadastro das pessoas afetadas e seus familiares para um acompanhamento eficiente, vigilância do risco de transmissão de doenças, inclusive nos abrigos, reavaliação permanente das ações e necessidades, distribuição de medicamentos de uso contínuo aos que já faziam uso previamente, controle e acompanhamento mais focalizado nesses casos de doenças crônicas, e ter em mente uma perspectiva do cuidado voltada para a não patologização, não cronificação e não revitimização.

Nos chamou a atenção neste eixo de análise, a menção de diversos entrevistados ao trabalho preventivo, como sendo uma ação prática do apoio psicossocial, que impacta nas ações de resposta e recuperação. Muitos fizeram referência ao trabalho das secretarias de Saúde, Assistência social e Defesa civil na vigilância de possíveis eventos climáticos e neles como referências de orientação no caso de desastres. O trabalho preventivo desses órgãos foi citado como estratégico no apoio psicossocial.

¹³ Para mais detalhes, ver página 130.

Além dele, foi citada como ação prática preventiva a criação de espaços prévios para acolhimento de pessoas afetadas por eventuais desastres. Como comenta um dos entrevistados “*eu acho que você precisa que as pessoas saibam que existe um lugar, um espaço em que você pode recorrer*”. Abaixo apresentamos alguns trechos que apontam essa concepção:

Eu acho que a gente precisa, é, pensar em ações permanentes antes que o desastre venha acontecer. A gente precisa ter o mínimo de preparo de uma situação, (...) como que a gente mantém atualizados os nossos cadastros nos serviços. (...) Numa situação dessa, como a gente se organiza? A quem a gente chama? Tem que ter pessoas chaves, pessoas que são pessoas que a gente vai saber que, no que você me acessar, eu vou ter uma organização [grifo nosso]. Então eu vou saber a quem eu vou chamar e eu vou ter um conhecimento de quem são essas pessoas que, que esse grupo acompanha, quais são as, as especificidades de cada grupo. (...) Então, o pessoal do CAPS... (...) são psicóticos graves... O que eles demandam? Da assistência social, são vinculados a CRAS? São vinculados a CREAS? Não dá para assumir sozinho não, não dá. Defesa civil é (...) um grupo bem interessante de trabalhar. Bem interessante. Eles têm uma escuta bem legal, mas eles ficam muito preocupados em disparar o alarme (risos). Eles são muito meio militar mesmo... (risos), mas é legal... mas eles ensinam a gente a fazer... A gente fica até meio perdido. (Friburgo 3)

(...) eu acho que é muito importante você fazer prevenção e promoção à saúde, prevenção para que não agrave todos aqueles riscos que já existem, né, frente aos desastres... para que eles não se tornem mais graves ainda... Então eu acho que prevenção e promoção à saúde... saúde física, biológica das pessoas, envolvendo a segurança delas, a parte social... como você fazer um apoio, dar um recurso, para que ela tenha brigo, alimentação, documentação... enfim, tudo aquilo que ela vai precisar para recomeçar a estruturar a própria vida, né, e fundamental, o apoio psicológico... porque até para ela ser capaz de receber o apoio físico, biológico, né... o bio e o social, ela vai ter que estar bem. Porque senão ela se recusa a aceitar. E ela se recusando, por mais que você queira ajudar, você não vai poder ir muito adiante, você não pode obrigar uma pessoa a receber ajuda [grifo nosso]... então em primeiro lugar essa abordagem tem que ser psicológica. Para que ela possa se integrar, aceitar... a receber essa ajuda. (CVB 3)

Para efeitos de contextualização, observamos que os profissionais de Mariana deram foco neste eixo de análise às ações coletivas realizadas no território, o apoio matricial, ações intersetoriais, discussões de caso que considerem todas as equipes envolvidas, sempre levando em conta a peculiaridade do sofrimento nesses cenários. Segundo eles, trata-se de um sofrimento diferenciado e que deve ser considerado. Falam também da importância de se compreender os espaços de ganho e de conquista por direitos, comum nos casos de desastre tecnológico.

Uma das especificidades do desastre em Mariana é a constante mudança a que passam os atingidos, marcadas pelas negociações em relação ao reassentamento, o deslocamento forçado e a luta por direitos. Em função dessas mudanças contantes na vida dos atingidos, a equipe precisa estar cotidianamente fazendo reflexões e ajustando as ações no apoio psicossocial:

No dia a dia do serviço, a gente trabalha muito a partir do caso a caso, né? No contexto de desastre a gente precisa entender o caso a caso e também essa dimensão político-social de uma forma muito

mais frequente, né? Precisa reavaliar numa frequência muito maior... [grifo nosso] (Mariana 5)

Em Friburgo, ressaltaram especialmente os espaços de escuta (alguns falam da sugestão de espaços prévios ao desastre, com pessoas chave) e ações permanentes, que não se encerrem na fase da resposta. Nas entrevistas da Cruz Vermelha e do Médicos sem Fronteiras, o destaque foi para as ações de prevenção (também incluindo a sugestão da criação de espaços prévios que possam acolher os afetados/atingidos), a necessidade de as ações serem contínuas, a importância da estabilização emocional mínima e o auxílio na ressignificação dos objetivos dos que foram afetados pelo desastre.

Primeiro, produzir uma estabilização emocional mínima, para que a pessoa tenha condições de refletir quais são de fato suas demandas, seus desejos, ajudar essas pessoas a ressignificar seus objetivos, porque boa parte delas (...) perdeu toda a rede sócio afetiva, perdeu toda a... os objetivos e as estratégias e as estruturas de vida que vinha seguindo, né... dentro de um contexto de rotina... e às vezes em menos de 24 horas precisa reconfigurar todo o objetivo mesmo de vida... [grifo nosso] (...) é como se fosse (...) ajudar as pessoas e inventar os novos cardápios, né, de vida... (...) ajudar a refletir os novos rumos, mesmo... para a vida, principalmente para esses desastres abruptos ou para essas perdas muito abruptas... como nessas epidemias de grande porte, que quase todas as famílias são desimanas, (...) ou então os conflitos de guerra, que você, de alguma forma, perde toda a sua rede sócio afetiva em menos de 24 horas... então seria ajudar essas pessoas a ressignificar os seus projetos de vida (MSF 2)

4. Principais demandas dos afetados/atingidos por desastre, observadas ao longo da atuação profissional na área:

“Saúde para mim é casa. Eu quero casa, casa, casa, casa...”. Entrevistada de Mariana se referindo à fala de um morador na espera do reassentamento.

Iniciamos este tópico de análise ressaltando que, ao apresentarmos as principais demandas das pessoas atingidas por desastres a partir da experiência dos entrevistados, não temos a intenção de estabelecer nexos causais entre esses eventos e o perfil de morbimortalidade de determinadas localidades, apesar desta questão ter sido explorada pelos entrevistados. O objetivo dessa indagação nas entrevistas, se justifica pela relevância de um panorama, mesmo que genérico, das necessidades a que os municípios analisados precisaram fazer frente após a ocorrência dos eventos examinados. No caso dos entrevistados da assistência humanitária, possibilita uma compreensão de cenários diversos e de como intervém a partir das demandas que se apresentam.

Esse panorama também pode servir de subsídio para a elaboração de estudos futuros sobre nexos causais nos desastres. Nesse sentido, alguns entrevistados falam

que a Academia, através de suas pesquisas científicas, pode ajudar nessas atribuições de relações com base em séries históricas e análise desses contextos, levando a intervenções mais direcionadas e efetivas.

Os profissionais de Nova Friburgo entrevistados observaram um aumento de doenças respiratórias, demandas básicas e sociais das mais diversas ordens, como moradia, aluguel social, vestuário e alimentação, aumento de casos de dengue e leptospirose, demandas psicológicas e de saúde mental, que incluem o aumento dos casos de ansiedade generalizada, depressão e transtornos de estresse pós-traumático (TEPT) e aumento de casos de ideação e tentativas de suicídio. Na percepção de um dos entrevistados, o dano psicológico se deu no nível macro, impactando toda a cidade.

Eu acho que esse desastre de Friburgo, eu acho que trouxe um dano psicológico para a cidade inteira, tá? Eu não perdi parente, eu não perdi bem material, mas atuei diretamente. Eu me sinto um pouco atingido ainda por conta disso, imagina as pessoas que foram atingidas, tá? Principalmente esses profissionais, que trabalham em uma emergência, que está o tempo inteiro trabalhando (...) com pressão em cima e tal, então eu acho que deveria ter um olhar diferenciado sim tá, para essas pessoas. (Friburgo 1)

Mesmo fazendo referência ao aumento dos casos de dengue e leptospirose após o evento de 2011, chamam a atenção para o fato de que não houve surto e óbitos por doenças de veiculação hídrica. Ou seja, os casos de leptospirose não foram considerados graves dentro do quadro epidemiológico do município. Uma das entrevistadas conta que agentes de controle da dengue do município, conhecedores do município, iam com a equipe do Ministério da Saúde e do SAMU a diversos locais fazendo a abordagem sindrômica para leptospirose. Ao encontrar pessoas com os sintomas, já iniciavam a medicação apropriada. Atribuem a esse trabalho de abordagem sindrômica a não ocorrência de casos graves de leptospirose no município. Segundo uma das entrevistadas, não houve casos de surto por doenças de veiculação hídrica graças a esse trabalho realizado em equipe. Um instrumento que auxiliou muito na obtenção desses resultados foi a instalação de laboratórios de análises clínicas em Nova Friburgo. No pátio da Secretaria de Saúde havia um do Noel Nutels e em Conquista havia um laboratório da FUNASA analisando diariamente a água do município. Foram conseguidos reservatórios de água para quem estava sem acesso à água potável. Esse é um dos trabalhos realizados pelo SUS que não foi reconhecido pela população, devido à invisibilidade do SUS pela população, como já mencionado. Uma das entrevistadas conta que a população não compreendeu que essa ação dos laboratórios e entrega de água era uma resposta do Sistema Único de Saúde.

O aumento dos casos de dengue e leptospirose em Nova Friburgo já foi avaliado por alguns autores, em estudos sobre a avaliação econômica dos casos dengue e leptospirose atribuídos ao evento de 2011 e sobre vulnerabilidade socio-ambiental (PEREIRA et.al., 2014a; PEREIRA et.al., 2014b; FREITAS, et.al., 2012).

De acordo com o estudo de Pereira et al. (2014b), altos custos financeiros e sociais foram atribuídos ao aumento dos casos de dengue em Nova Friburgo em 2011, que ocasionou a perda de produtividade de muitos moradores, já que se afastaram de seus empregos. O desastre provocou sérios problemas ambientais, como casas abandonadas, escombros, agrupamento de pessoas em condições ambientais impróprias. Esses fatores de risco, somados a problemas de saneamento e limpeza urbana ocorridos após o evento, aumentaram os riscos de proliferação dos mosquitos. Os autores mostram, a partir de dados históricos do município e do estado do Rio de Janeiro, que seguindo um padrão de comportamento da doença, não seria esperado um surto no ano de 2011, levando em conta a natureza do agravo. O perfil de ocorrências de dengue no município mostra picos que iniciam no mês de março com queda em maio, com a ocorrência de poucos casos nos demais meses. No ano de 2011, segundo esses autores, casos suspeitos de dengue chegaram aos serviços de saúde durante todo o ano, tendo sido confirmados 937 casos. Ou seja, os dados anteriores e o número de casos em 2011 reforçam a relação do desastre com o aumento de casos da doença e a necessidade de programas de prevenção nessa região. (PEREIRA et.al., 2014b).

Quando os entrevistados de Nova Friburgo se referem às principais demandas sociais dos afetados, falam da perda de postos de trabalho e do comércio deficitário em função do desastre, da queda na construção civil por conta da vulnerabilidade geográfica e desvalorização de algumas áreas do município e o aumento da vulnerabilidade social. Essa última, atuando como um potencializador dessas demandas. Um dos entrevistados, inclusive, atribui esse aumento das vulnerabilidades prévias e em função do desastre, ao que ele chama de “desmantelamento do setor público”. O entrevistado entende que o enfraquecimento do setor público no contexto sociopolítico atual do país, atua como um elemento que deteriora as políticas públicas e, consequentemente, enfraquece as intervenções nesses contextos. Na visão do entrevistado, essas questões, somadas ao aumento das desigualdades sociais, aumentaram as demandas sociais no município após o evento de 2011, não só para os afetados pelo desastre.

(...) o desmantelamento do público. Cada vez mais o público está perdendo, está perdendo... a sua... a sua propriedade, né, seu significado, seu sentido... e as pessoas não tem dinheiro para pagar... sim-

plesmente isso. (...) é isso que tem acontecido... Daí as pessoas estão ficando... (...) mais vulneráveis... em todos os sentidos. (Friburgo 4)

Acontece o evento de 2011 e aí as pessoas começam a dizer né... os especialistas... “Bem, toda a cidade está numa área de risco...”. Então você vai, de um dia para o outro, de uma cidade que era uma das melhores cidades do estado para se morar, para uma das cidades mais perigosas... e você vê gente que veio morar aqui que disse... “Nossa, eu vou embora daqui agora!”. E como isso impactava. Você que queria ficar, mas... e agora? Como é que é isso? E aí a gente teve especulação imobiliária... isso é um dado. Os bairros que não foram afetados, eles foram altamente valorizados, em termos de (...) especulação imobiliária. O Cônego (...) é um bairro de classe média que explodiu de construção, porque ele não foi afetado. (Friburgo 2)

Esse dado trazido pela entrevistada expõe uma questão curiosa acerca da percepção de risco: a valorização de um bairro que não foi afetado pelas chuvas e deslizamentos de 2011 e que gerou uma especulação imobiliária. É curioso pensar que um bairro em uma região de risco tenha sido valorizado em meio a tantas análises negativas. Onde fica, nesses casos, a percepção do risco que é viver em um município perigoso e sujeito à deslizamentos de terra sérios? Essa situação mostra que, em certa medida, as mudanças territoriais decorrentes do impacto de um desastre e a forma com que a sociedade as avalia, independe de classe social, mas da percepção de risco. Da mesma forma que essa percepção pode ser criada socialmente para aceitarmos os espaços sociais e nos adaptarmos a eles, também temos a capacidade de gerar pensamentos crítico sobre eles e os riscos que impõem. Esse é o papel da Educação na percepção de riscos e que precisa ser considerado de forma mais concreta e efetiva na gestão integral de riscos e desastres.

(...) essa coisa do Cônego é uma coisa muito do inconsciente... “Ah, não foi afetado, então é uma área mais segura...”. Porque (...) todos os bairros que não foram afetados naquele cenário, de alguma forma na cabeça... (...) percepção de risco... não vou morar ali..., mas vou morar lá... porque lá não aconteceu nada. (Friburgo 2)

Essa relação dos afetados com o espaço público, também é trazida por uma das entrevistadas de Friburgo, que faz menção ao caso de um homem que foi deslocado de sua casa pela Defesa Civil, mas que manteve um convívio rotineiro com o espaço. Apesar de serem escombros, esse homem e sua mulher criam galinhas no local, considerado uma área de risco. Esse caso foi citado pela entrevistada porque retrata a relação simbólica dos afetados com o espaço e levanta a importância da sensibilidade dos profissionais para compreenderem essa relação. Chama a atenção de que os profissionais não podem ficar duros a questões que merecem uma sensibilidade diferenciada. Não se trata apenas do cumprimento do código ambiental por si só, mas entender o porquê de estarem infringindo a lei em um espaço simbólico para a família. Apesar

de se tratar de uma questão de percepção de risco, há muitas simbologias nessa permanência do sujeito a esse local.

O apoio psicossocial deve incluir essas questões subjetivas e simbólicas. Faz parte do apoio psicossocial, segundo a própria entrevistada. Ela completa:

Então a gente tem que, que buscar esse nexo...que a gente não conseguiu esse tempo todo, talvez porque a gente também tivesse muita dificuldade em falar sobre isso... e eu reconheço que até alguns anos atrás, eu me lembro que eu dei uma entrevista uma vez... (...) e eu chorei (risos)... acho que agora estou bem melhor, porque não me emociono tanto... mas assim... então eu não sei se era também o momento que a gente não tinha muito como atuar porque... de alguma forma ainda isso mexia...e que agora está um pouco mais confortável para a gente ver isso...mas é uma coisa que, pelo menos agora, eu estou tentando... já tive uma conversa com o pessoal da CAPS Ad...porque também não era uma coisa que eles se ligavam... da questão do alcoolismo ou da dependência química com o evento, então agora eles estão agora mais atentos para essa abordagem, né? Pra ver se bebia antes, se não bebia...começou a beber depois... isso é fundamental, a gente precisa saber..., mas é uma coisa que a gente está começando agora (...) a ter esse (...) olhar... (Friburgo 2)

Em relação aos entrevistados de Mariana, os mesmos citam os pleitos por direitos e o aumento da demanda dos serviços de saúde mental como principais demandas apresentadas pelos atingidos. No caso da Saúde Mental, destaca-se o aumento de casos de depressão (incluindo aqueles em que as pessoas se autodeclararam com depressão e irritabilidade), ansiedade, pânico, angústia, estresse e uso de álcool e outras drogas entre os homens. Para atender essa demanda de uso de álcool, Mariana conta com o CAPS I, que atende casos graves e usuários de álcool e outras drogas. Também foram mencionados casos de automutilação entre adolescentes afetados.

(...) problemas em saúde mental, sofrimento mental. (...) O nosso é até delimitado isso... a gente sabe, a gente tem clareza disso, sabe? (...) Ansiedade demais... cada período, cada etapa, desde o rompimento... (...) Como eu estou aqui desde antes, eu consigo, assim, delimitar... Ó, pós rompimento era uma ansiedade, uma ansiedade não, um medo, uma angústia, uma depressão, crise do pânico. Aí parou um pouquinho. Meio que aquilo ali acalmou e a gente foi vendo que era mais ansiedade por estar na cidade [grifo nosso]. Aí passa um pouquinho e parece que fica bom de novo... só que aí a gente tem, por exemplo, é... automutilação (fala baixinho), principalmente em adolescentes... a gente teve adolescente aqui escrevendo no braço... (...) “Paracatu”. Isso é gravíssimo, né? (suspira)(...) marcando na pele, com Gillete, sei lá... com algum material cortante... que vai ficar o resto da vida ali, né? [grifo nosso] (...) Eu acho, assim, que é mais depressão, síndrome do pânico e ansiedade extrema. (...) e aqui dentro, como a gente tem funcionário que é atingido também, a gente vê direitinho assim o sofrimento... eles são uns espelinhos do que está acontecendo lá fora. [grifo nosso] (Mariana 2)

Nas demandas por direitos, incluem as lutas por indenizações, reparações, acesso a moradia e aos auxílios emergenciais. Para alguns, nesse quesito, trata-se de um desastre dentro de um desastre, devido ao alto grau de estresse que essa falta de resolução gera. Como falado em um dos trechos de entrevista a seguir, os atingidos perderam seus trabalhos na plantação e se alimentavam do que plantavam. Atualmente

te, recebem o cartão de benefícios e, para receberem esse cartão, não podem ter um trabalho. É necessário que estejam em situação de vulnerabilidade para receberem o auxílio. Portanto, caso consigam um emprego, a renda elevada descaracterizaria sua condição de “vulnerável”, fazendo com que percam o benefício. Nossa avaliação é a de que se trata de um *desastre dentro do desastre*, refletindo uma lógica cruel da justiça brasileira.

Observam um acréscimo de casos de violência, em função do aumento do desemprego entre os atingidos, que também é um gerador de ansiedade entre eles. Segundo uma das entrevistadas, a taxa de desemprego dobrou em Mariana após 2015.

O rompimento da barragem em Mariana trouxe problemas de desemprego em vários níveis, seja em virtude dos espaços de plantio e de trabalho de muitos atingidos terem sido impactados e destruídos, seja por conta da paralisação das atividades da própria empresa ou pelo fato de o turismo ter sido prejudicado após o rompimento. Alguns entrevistados contam que só recentemente estão vindo empreiteiras para a reconstrução, o que tem melhorado um pouco o quadro de desemprego na região.

Trabalho. (...) Trabalho... (...) São pontos difíceis, assim... por quê? São sujeitos que eles ganham esse benefício... olha como é que é complicado, né? Porque a relação que eles tinham lá, era assim, de cuidar da terra, cuidar daquilo ali em troca de alguma comida, em troca de... era, era muito simples o que tinha, né? Chega aqui em Mariana, “O que que eu vou fazer?”. Eu já ouvi isso demais... “O que que eu vou fazer aqui?”. “Eu vou trabalhar aqui com o quê? Eu só sei fazer isso, né?”. “Eu sou analfabeto...” (...) a relação de trabalho que eles tinham lá, é uma relação mais de troca, sabe? Um faz uma coisa, ganha outra e tal... não era nada, assim, (...) regulamentado... e aqui, quando eles vêm para cá, (...) isso é um desafio.... [grifo nosso]. (...) Mariana está passando por uma fase de muita recessão... está ruim mesmo... E muitas outras famílias que cuidavam da terra e tal... algumas dizem que tiravam até muito mais do que o cartão, ou outras, né, que não... (...) foram morar, por exemplo, em apartamento... como é que vai mexer com alguma coisa em apartamento? Entendeu? (...) então está esperando o reassentamento para ter um lote, né, para ter realmente aquele espaço que tinha, com aquele terreno grande, para fazer, cuidar dos bichos... (...) então assim, acho que muita família é essa questão assim dessa relação subjetiva de transformar alguma coisa do trabalho como... eu transformando alguma coisa na vida, sabe? “Vou transformar o quê? Vou fazer o quê dessa dimensão... se eu não vejo nem em um e nem no outro? [grifo nosso] (Mariana 3)

Demanda por moradia e justiça: A memória do desastre e a importância de se manter lembrado

A importância e simbolismo do espaço, que foi perdido por conta do rompimento da barragem e pela construção do dique de contenção da lama, faz surgir essa necessidade de construir algo que crie uma memória desse espaço, que nunca mais será o mesmo. Alguns autores falam da importância da memória e da construção de memoriais para o processo de reconstrução dos atingidos por eventos extremos, espe-

cialmente os desastres socioambientais. (HALBWACHS, 1990; SEDREZ, 2013; MAIA & SEDREZ, 2011; OLIVEIRA et al. – artigo no prelo). Para alguns deles, diferentemente do que ocorre nas memórias de guerra, por exemplo, nos desastres socioambientais a memória tem “*vida curta*”, já que normalmente não se constroem memoriais nem se têm ações dos veteranos de guerra. Além disso, após a cobertura e saída da mídia, o interesse por notícias se perde. (MAUCH, 2009; LOPES, 2015, p. 197).

Por isso a importância desses espaços de materialização da memória, para que os desastres não se façam esquecidos e a vinculação identitária seja uma forma de expressão social. Nas palavras de Oliveira et al. (artigo no prelo): “*a memória torna-se um dever, uma vez que através da recordação, grupos sociais ancoram suas histórias e, por conseguinte encontram o lugar de definição ou redefinição de suas identidades, como uma busca constante de firmar o seu estar no mundo*”.

(...) ***Eles dizem: “É minha memória, minha história”*** [grifo nosso] *Tipo, no sentido de ter um resgate, um memorial... por exemplo, do próprio terreno... que teve a construção do dique, né, lá em Bento Rodrigues. O dique de contenção da lama, né? E aí acabou alagando uma grande parte do município. Mas é... eles lutaram muito para que isso não acontecesse... porque ter aquele espaço, mesmo que destruído, era muito importante... que eles pudessem voltar... (...) isso causa um sofrimento, um adocimento muito grande. Tem uns que falam assim... “Saúde para mim é casa. Eu quero casa, casa, casa, casa...”* [grifo nosso]. *A gente foi levar a discussão de saúde e “É casa, casa, casa, casa!”*. (risos) ***“Depois que eu tiver a minha casa vai ficar tudo certo, mas eu quero é casa”***. [grifo nosso] (Mariana 4)

(...) *trabalho... porque muitos estão ociosos... perderam o emprego e tem toda a situação econômica do município... então tem uma demanda de trabalho... e como eles recebem um auxílio, é difícil incluir em algum... tipo, renda mínima... porque muitos estavam trabalhando, mas assim, agora... eles reconhecem o auxílio como salário, aí não tem como incluir pela questão de vulnerabilidade econômica e acaba que isso perde... horta... comida, alimentação... eles reivindicam muito, tipo “Ah, tem que comprar, é caro, cheio de agrotóxico... eu quero produzir”*. Então muitas coisas, assim, relacionadas ao cotidiano deles... (Mariana 4)

No que tange às demandas sociais mencionadas - trabalho, casa e reparações das mais diversas ordens – pensamos na perspectiva da *hierarquia do abandono*, desenvolvida pela pesquisadora Norma Valencio. No documento elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, em que a pesquisadora e outros autores falam do abandono nos desastres, a *hierarquia do abandono* é apresentada levando em conta cinco grupos distintos que se relacionam: os desaparecidos, os mortos, os desabrigados, os desalojados e os demais afetados. Segundo os autores, nos desastres existe maior suscetibilidade de morte em familiares do grupo de pessoas desalojadas ou desabrigadas. No caso de terem parentes desaparecidos, têm maior chance de, aos olhos do Estado, verem a “*situação como resolvida*”. “*É como se, para os entes sobreviventes das famí-*

lias, a impossibilidade de viver o luto de maneira apropriada, e a permanência de dúvidas e angústias por longo tempo, fosse algo socialmente aceitável”, segundo os autores. Para eles, o grupo de desalojados e desabrigados vivencia uma invisibilidade social, especialmente do Estado. Quando os abrigos são desativados estes precisam conformar novas formas de vínculos sociais, passando por uma “intensificação da degradação” e atravessando uma violência institucional. A retirada dessas pessoas dos abrigos e as conseqüentes repercussões, revelam a ineficácia das ações de recuperação e a ausência na garantia dos direitos desse grupo. (VALENCIO et.al, 2011a, p.28)

Marchezini et.al (2014b, 2014c), quando analisaram dimensões objetivas e simbólicas que afetam indivíduos e comunidades em desastres, também apontam a condição do abandono como uma fala comum nesses cenários. Eles sugerem que essa sensação de abandono, desamparo e continuidade da exposição aos riscos mantém e potencializa as vulnerabilidades, transformando-as em uma catástrofe social sem visibilidade. Nesse sentido, reforçamos a importância da memória do desastre como uma forma de dar visibilidade ao dano causado e as vulnerabilidades, ao mesmo tempo em que é um modo de fortalecer os coletivos de afetados/atingidos.

Londe (2015), quando também faz referência a esses autores, diz que os danos psicossociais a longo prazo no processo de reconstrução e recuperação não se restringem a distúrbios no âmbito da saúde, mas também a outras dimensões, que muitas vezes não são mensuráveis e tangíveis.

Retomando as falas sobre as principais demandas observadas pelos entrevistados de Mariana, no âmbito da saúde em geral, percebem um aumento nos casos de hipertensão arterial e de doenças crônicas, além do incremento no consumo de medicamentos (o que pode explicar o número elevado de farmácias na cidade após 2015). Sem fazer uma associação direta ao desastre, mas mostrado o aumento exponencial de casos, uma das entrevistadas aponta os surtos de dengue e febre amarela em Mariana após o ano de 2015 como uma demanda de saúde:

O desastre tem sobrecarregado o sistema de saúde municipal e, considerando que grande parte da população que possuía plano de saúde não tem mais condições de arcá-los, essa parcela acaba sendo absorvida pelo sistema público, já sobrecarregado. Paralelamente, houve um aumento na demanda por medicamentos. Os profissionais entrevistados atribuem essa demanda de aumento de consumo de medicamentos ao sofrimento psíquico e os adoecimentos em função do desastre, especialmente as que foram atingidas com danos diretos. Nesse cenário de muitas perdas, as pessoas atingi-

das passaram a usar de forma mais contínua o sistema público de saúde, de modo geral. O aumento da demanda nos dispositivos de saúde, como as Unidades Básicas de saúde (UBS) foi evidente, segundo alguns entrevistados.

O trabalho de campo deste estudo em Mariana, possibilitou a apreensão do território e a percepção de algumas nuances do dia-a-dia da cidade. Em uma das idas ao centro da cidade, uma das características marcantes do espaço foi o grande número de farmácias, superior ao período anterior ao rompimento da barragem. Indagados se havia aumentado após o rompimento, alguns entrevistados dizem que sim. Um deles comenta:

Aumentou. Aumentou principalmente (...) farmácia popular. De-mais! (...) Ah sim, com certeza! [enfática] - [perguntada se acha que tem relação com o desastre]. (...) Aí como é que faz, né? Tem gente sem dinheiro, sem condição... e vai comprar, né? Não sei como... porque se está vindo é porque está tendo demanda, né?" (Mariana 4).

Quanto às demandas de Saúde Mental em Mariana, um dos entrevistados diz:

Olha... (respira fundo) Saúde mental. (...) A grande... a maior, a maior... (...) você tem as pessoas que tiveram, né, contato com a lama, ingeriram..., mas isso foi um número relativamente reduzido de pessoas... e as implicações, as complicações em decorrência disso, algumas são desconhecidas. (...) Então a gente tem feito um acompanhamento clínico dessas pessoas..., mas a maior parte aí dos possíveis impactos, a gente desconhece. E a maior parte das pessoas retomaram (...) os seus atendimentos, os seus acompanhamentos anteriores e prévios, mas o que mudou mesmo em termos de demanda de saúde, realmente foi a saúde mental... (...) a questão dos direitos, assim... né? Tanto os direitos relacionados a indenizações, (...) a reparações, o direito a moradia... (Mariana 1)

Corroborando esses dados trazidos nas entrevistas em Mariana, fazemos menção ao estudo realizado pelo Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Saúde (NA-VeS), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a Cáritas Regional de Minas Gerais e a Comissão dos Atingidos. Intitulada de “Pesquisa sobre a Saúde Mental das Famílias Atingidas pelo Rompimento da Barragem do Fundão em Mariana”, ou *Prismma*, teve como objetivo avaliar as condições de saúde, especialmente a saúde mental, dos atingidos pelo desastre em Mariana. (PRISMMA, 2018).

Os pesquisadores ouviram 271 pessoas afetadas pelo rompimento da barragem, no período de 15 a 18 de novembro de 2017. O estudo revelou “alta prevalência de transtornos psiquiátricos associados ao estresse e a percepção de um acesso satisfatório a assistência em saúde”. (PRISMMA, 2018, p. 72). Os pesquisadores identificaram o acesso privilegiado das equipes de atenção primária às famílias, notadamente a Estratégia Saúde da Família, e indicam uma capacitação desses profissionais para identificarem precocemente casos de transtornos mentais e evitar agravamento dos

que já têm o diagnóstico. Recomendam o uso de protocolos de rastreio a partir dessas equipes de atenção primária, para identificar casos de depressão, TEPT e outros fatores de risco, como ideação suicida e uso de álcool (idem, 2018).

Segundo o estudo, houve prevalência de 28,9% de depressão nos entrevistados, percentual cinco vezes maior do que a média nacional em 2015, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, chama a atenção para prevalência de fatores de risco para a depressão em populações afetadas por desastres, como “*percepção de risco de morte, perda de moradia, perda de amigos e familiares, discriminação e percepção de contaminação da lama e riscos à saúde*”. (ibidem, 2018, p. 58).

O risco de suicídio foi manifestado por 16,4% dos entrevistados, o que, segundo os pesquisadores, também aparece em estudos prospectivos com sobreviventes de desastre. Esses dados sugerem que o suicídio pode ser a consequência de doença mental a longo prazo e, por isso, reforçam a importância de programas de prevenção voltados para os sobreviventes e atingidos. O estudo demonstrou prevalência maior nesse grupo de atingidos de Mariana do que na população em geral. Fazem referência ao estudo de Kølves et. al (2013) sobre comunidades atingidas por desastres e a relação com as taxas de suicídio. Esses autores indicam que as taxas de suicídio tendem a ser mais baixas em desastres onde as comunidades afetadas apresentam uma coesão social. No caso de Mariana, os pesquisadores do PRISMMA chamam a atenção para o fato de os atingidos serem considerados como uma população de risco, considerando todo o cenário de dificuldades que já apresentamos nesta tese: deslocamento forçado, os entraves para o reassentamento, perda de emprego, de moradia e mudança da zona rural para a zona urbana (PRISMMA, 2018; Kølves et. al., 2013).

No que tange às taxas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), identificam um predomínio, verificando-a em 12% da população entrevistada, mas relacionada apenas ao evento traumático do desastre. Fatores de risco para TEPT, como doenças crônicas e perda de emprego, também foram identificados com prevalência elevada. Apesar de ser um dado quantitativo que não retrata fidedignamente a realidade da população afetada, dada a dificuldade de se delimitar a amostra representativa dos que se autodeclararam *atingidos*, da ausência de um grupo-controle e da própria subjetividade intrínseca ao contexto, os dados sugerem que os atingidos de Mariana encontram-se em situação de vulnerabilidade, especialmente no que diz respeito à saúde mental, dois anos após o rompimento (o estudo foi realizado em 2017).

(PRISMMA, 2018).

Por fim, apresentamos os dados acerca de transtornos de ansiedade, muito citadas pelos entrevistados de nosso estudo. De acordo com os dados do PRISMMA, 32% dos participantes receberam esse diagnóstico, taxa três vezes maior do que a nacional, que segundo a OMS é de 9,3% (idem, 2018).

Considerações dos entrevistados sobre o estabelecimento e dificuldade de um nexos causal:

Separamos alguns trechos das entrevistas que elucidam o entendimento sobre esse aspecto. Em Mariana, fazem essa associação entre as principais demandas apresentadas e o rompimento da barragem, contudo alguns reforçam que especificamente na saúde essa relação de causa e efeito não está dada:

(...) eu sempre deixo isso claro... a gente na saúde, não trabalha com essa perspectiva de nexos causal... (...). É, mas hoje, dentro da unidade básica de saúde (...) são questões de doenças crônicas, que mais aparecem, que aí é comum à população como um todo, né, principalmente hipertensão arterial e os quadros de saúde mental... isso a gente pode afirmar um aumento, né, aí para a população atingida e para o município de Mariana, né? (...)E em relação ao aumento da vulnerabilidade, né, porque aí a gente tem para a população como um todo um aumento no número de desemprego (...) principalmente desemprego... então a gente tem um aumento (...) grande, assim, significativo, o dobro... (...) de casos de violência. (...) falar dessa população que foi deslocada, assim, a gente observa dentro dos quadros de saúde mental muito essa relação de alguns quadros de ansiedade, tem um aumento do número de casos de uso de álcool entre os homens, é... mas é mais de sintomas ansiosos, desse relato de uma angústia e muitas vezes voltado para essa não adaptação aqui com a cidade, da falta de resposta com a empresa, do estresse de tanta negociação (...) e agora, para a população em geral, aparece um índice de desemprego muito alto, né, assim... e aí um aumento da demanda no serviço de saúde mental como um todo em relação à casos de violência, de uso abusivo de álcool e outras drogas, de todas essas questões relacionadas à essa vulnerabilidade social... (Mariana 5)

Já os entrevistados de Nova Friburgo, sinalizam a dificuldade do nexos causal em apenas alguns casos. Grande parte das demandas dos afetados são caracterizadas por eles como consequência do desastre. E um fato chama a atenção nesse grupo: alguns deles dizem não abordar os usuários dos serviços públicos de saúde com perguntas nos prontuários ou nas consultas, com o objetivo de estabelecer um nexos causal, muito mais por conta do tabu em se falar do assunto, do que propriamente uma dificuldade em estabelecê-lo. Alguns entrevistados tornam a falar desse distanciamento dos profissionais de saúde do município na intervenção psicossocial, em virtude da negação. Os profissionais explicam esse afastamento como sendo um mecanismo de defesa e um bloqueio que tem vindo à tona atualmente, anos depois das ações de resposta ao desastre. Essa é uma consciência coletiva, que é mencionada em quase todas

as entrevistas em Friburgo. Consciência, inclusive, de que precisam iniciar um trabalho de levantamento dos casos e fazer uma certa associação ao evento de 2011. Resaltam que, por conta desse afastamento, nenhum levantamento foi realizado pelo município nos últimos anos em relação aos casos que precisariam de reabilitação, e que essa preocupação foi levantada recentemente. De qualquer forma, conseguem identificar o aumento de algumas demandas especificamente no grupo dos afetados e, também, na população do município em geral. Segundo alguns entrevistados, essa preocupação recente em fazer um levantamento dos dados e procurar relacionar as demandas de saúde e de assistência social ao desastre, está favorecendo o início desse trabalho no município.

Pois é, é isso que a gente não fez. Esse acompanhamento. É isso que a gente agora quer fazer. (...) A gente começou com a questão da tentativa de suicídio e aí eu quero ver agora a questão da diabetes, de internação... de AVC, sobretudo... (...) uma sugestão que eu acho que é pertinente... da questão do AVC não só por ano, mas por mês. Até pra verificar se num período de chuva, aumenta os casos de AVC... que é uma coisa que a gente também não observa. Porque o período de chuva é muito... (...) Ele é muito definido. Começa em novembro e vai até março. (...) todo mundo na cidade sabe que esse é o período de chuva... tanto é que no inverno a população de Friburgo fica muito mais feliz. Não chove... (...) então as pessoas ficam mais seguras, se sentem mais seguras. (...) então é uma coisa que agora a gente vai ter que monitorar... se nesse período de tempestade, a internação por AVC aumenta... (...) a gente não, não... valorizou isso naquele momento... (Friburgo 2)

(...) porque naquele momento a gente achava que quem não morreu soterrado, não ficou sequelado fisicamente... eu acho que isso (...) foi um problema nosso... então a gente não, não... não tem um levantamento da questão da reabilitação. (...) a gente achava que quem não tinha morrido daquela forma, estava bem, fisicamente bem... e não é. Tem gente que teve problemas, né? [grifo nosso] (...) de amputação... e a gente não tem muito isso... (...) essa radiografia. (...) porque a questão psicossocial é importante e essas coisas impactam na questão psicossocial. (Friburgo 2)

É muito interessante. Porque assim... nos serviços públicos você tende a levar isso como uma norma, né... você até começa a pesquisar isso... pelo menos é o que eu percebo em mim e em alguns colegas... quando vem uma demanda de depressão, de ansiedade, você começa a ver... (...) No consultório particular às vezes a gente não faz tanto isso. Mas o paciente trás, né? Ele começa a falar (...) O paciente trás pra você uma data (...) Eu acho que aumentaram muito os casos de ansiedade... muita coisa... transtorno de ansiedade generalizada, né? Os transtornos pós-traumáticos, né, que o paciente não percebe às vezes... ele vem com a queixa de depressão e não é depressão... (...) então eu acho que esses casos aumentaram muito, né? As depressões, né... porque eu acho que o mundo está se tornando deprimido... mas os casos de ansiedade, eu tenho visto, assim... muita coisa de transtornos de ansiedade mesmo, generalizada, que é aquela coisa mesmo (...) da expectativa... o que que vai acontecer, né? Eu acho que aumentou bastante. (Friburgo 5)

Ele é muito difícil! [atribuição de nexos causais]. (...) “A gente não tem como... só a Academia pode nos auxiliar com isso...” (risos) porque a gente não tem como fazer esse nexos. Porque quando você fala isso... no município que não sofreu nada também as taxas de suicídio aumentaram... E aí? E aí como é que a gente vai saber? (...) pra isso a gente tem que fazer um trabalho maior de (...) de atenção a essas pessoas, né, de ouvir mais... que eu acho também que essa questão da gente não (...) falar muito... (...) não colocar assim... (...) Como é que foi 2011 pra ela? Se ela estava aqui em Friburgo, se ela não estava... eu acho que foi um pouco... tabu. Parece que a gente não queria falar... se a gente não fuisse a gente também estava se distanciando daquilo... e aquilo ia ficar no passado. Passou, passou... magicamente. Igual a uma criança que cai. E não é bem assim... [grifo nosso]. Eu acho que hoje a gente está percebendo que tem (...) uma questão desse processo de adoecimento... a gente agora que está com uma equipe de estratégia da família lá no Terra Nova, a gente está tentando fazer um traba-

lho... já estive lá com a equipe, é uma equipe ótima... agentes comunitários maravilhosos (Friburgo 2)

Destacamos aqui algumas falas dos entrevistados de Nova Friburgo em relação ao aumento de comportamentos suicidas após o evento de 2011. Interessante notar que alguns fazem uma correlação entre o desastre e o aumento de casos de tentativa de suicídio, mas não com a ideação. Acreditam que talvez já houvesse uma taxa alta de ideação suicida na população de Nova Friburgo antes do desastre e que, após o evento de 2011, suas consequências e o estabelecimento de distúrbios psíquicos ao longo desses anos, como TEPT e depressão, muitos começaram a expressar uma sensação de impotência diante do que havia acontecido no município e com o mundo. Uma das entrevistadas diz: *“porque a tragédia é a grande impotência que a gente tem, né... não dou conta... a coisa aconteceu, né? E acho que a partir de uma impotência, as pessoas querem morrer, né?”*. Esses elementos podem ter contribuído, baseado no que os entrevistados observam, numa mudança de comportamento, que passa da ideação suicida para as tentativas concretas e a consumação do ato propriamente dito. Esses relatos mostram uma possível lacuna no que diz respeito a intervenções prévias do município voltadas para esse grupo de pessoas, em uma cidade que já apresentava dados epidemiológicos alarmantes. Quando somados à dramaticidade do desastre e seus reveses, esses quadros tendem a ser potencializado e gerar demandas mais graves.

Ah, tentativas de suicídio. Com certeza! (...) Aumentou. Aumentou... depois de 2011... (...) a gente pode fazer onexo causal, claro, com a questão da catástrofe... mas isso vem... Friburgo nunca deu essa resposta... Friburgo é uma das cidades que mais se comete suicídio e mais se tenta suicídio do Brasil... então...” Ah, mas da onde você está tirando essa estatística?”, que é uma outra questão... essa estatística é tirada geralmente dos bombeiros, que na minha opinião... (...) tá, ele são pessoas... (...) de certa forma... (...) legais para fazer essas estatísticas. Mas não seriam as ideais. Ideais seria a própria... (...) a participação psicossocial nisso daí, né... (...) que o CAPS também seja (...) o organizador, o matriciador disso daí (...) para a gente ver qual é o público, né... Por quê? Aonde? Qual a relação? Se tem relação com a tragédia... qual é essa relação, se essa relação é estreita mesmo com a tragédia, se não é... uso de (...) substâncias psicoativas... (...) a gente precisa fazer isso até para a gente poder prever algumas questões. (...) a gente precisa... precisa conhecer. Então sem sombra de dúvidas, a tentativa de suicídio e o próprio suicídio... (...) têm sido banalizados, né... (Friburgo 4)

(...) eu acho que algumas pessoas, né, em função do transtorno pós-traumático, elas perderam muitas coisas, né... não só pessoas. Porque as pessoas falam assim... “Ah não, mas graças a Deus fulano não morreu...”, mas, pô, perdeu a fábrica... o que sustentava ele... às vezes eu falo com alguns pacientes... não é só perder pessoas, né, é perder também o modo de manter as pessoas... porque muitas pessoas perderam absolutamente tudo, né? [grifo nosso] (...) algumas pessoas puderam ter ou tiveram (...) algum pensamento em algum momento de que... “Pô, é melhor eu morrer... porque está muito difícil”, agora, as tentativas de suicídio, eu fico tentando ver se elas estão ligadas à tragédia... eu acho que algumas pessoas perderam a vontade de lutar... (...) alguns suicidas, que eu vi alguns casos, eram pacientes meus... as histórias eram muito assim... a sensação que me dava era com pessoas que talvez lembrassem daquela coisa tão ruim que aconteceu... e falar “Porra, sabe... eu não vou mudar isso”... Né? Eu acho que era uma sensação de impotência mesmo em relação ao mundo... E aí eu acho que tem a ver um pouco com a tragédia... você falando aí agora... acho até que tem a ver... porque a tragédia é a grande impotência que a gente tem, né... “Não dou conta...”. A coisa aconteceu, né? E acho que a

partir de uma impotência, as pessoas... querem morrer, né? [grifo nosso]. Acho que sim, Friburgo aumentou o número de suicídios. Aumentou... (Friburgo 5)

Por fim, fecharemos esse tópico apresentando as principais demandas dos afetados por desastres identificadas pelos profissionais da assistência humanitária entrevistados. Aqui, a abrangência dos desastres é maior e, portanto, alguns fazem essa diferenciação das demandas. As principais demandas identificadas foram: recebimento do próprio apoio psicossocial e demandas pelos serviços de saúde e assistência social, que, segundo alguns entrevistados, não estão preparados para atender nesses contextos. Destacaremos a seguir alguns trechos das entrevistas que mostram essa demanda pelo apoio psicossocial, incluindo a escuta, o suporte psicológico básico, a oferta de aspectos básicos de segurança e subsistência e a necessidade de se sentirem sujeitos empoderados:

As pessoas da Região Serrana elas tinham toda uma vida estruturada e de repente elas perderam casa, que levou tudo, as enxurradas, as enchentes levaram tudo... elas ficaram sem ter o que comer, sem ter o que vestir... as que se salvaram, saíram das suas casas com a roupa do corpo, né? (...) em Mariana a lama simplesmente destruiu tudo o que as pessoas tinham dentro de casa. Então, num primeiro momento, tudo o que as pessoas precisaram era de um mínimo básico de estrutura para sobreviver... Era o abrigo, era alguma coisa para vestir, para se alimentar... porque elas perderam tudo. A experiência que a gente teve, né, nesses contextos, foi a de que elas realmente ficaram sem nada. É como eu te falei. Eu considero esse apoio psicológico muito importante. O mais, mais importante de tudo. Porque senão uma pessoa sequer aceita, né? Mas quando a gente chega num local de desastre e você vê as pessoas em completo estado de choque, muitas vezes sem reação nenhuma, o que você precisa dar é suporte para a sobrevivência. Então eu acho que a maior demanda era isso. Elas estavam à céu aberto... né, expostas a tudo. Sem ter o que vestir, sem ter o que comer... sem ter... nada. Então foi você dar subsídios de sobrevivência para ela. (CVB 3)

Pego o exemplo de Gaza... (...) como a gente trabalhava bem próximo, eu e a assistente social... era uma... (...) era uma coisa bem difícil até de se trabalhar, porque a queixa vinha para o psicólogo, né... na sessão de psicoterapia e aí eu (...) conversava, mas ela tinha tanta demanda disso, de colchão, de (...) de sofá, de... de mudança de local, de local mais seguro... tinha bastante essas demandas... falava-se muito de desesperança, né, porque é contínuo em Gaza, por exemplo... era contínua então uma desesperança... “é assim mesmo, nada vai mudar...”... o que fazia a gente se questionar até que ponto que é efetiva a nossa atuação lá ou mudar o perfil... porque no Médicos sem Fronteiras a gente pensa em emergência, mas aí depois a gente se questiona “Perai, mas a gente já está aqui há dez anos...” Né? É emergência sim, mas é difícil essa... (...) estar nessa posição... então há desesperança... (MSF 1)

Uma das entrevistada do MSF faz uma interessante diferenciação entre o que observa de demandas dos afetados por desastre no Brasil e missões internacionais:

(...) boa parte dessas pessoas, precisavam inicialmente de ajuda literalmente para estabilização emocional... para poder entender primeiro o que de fato estava acontecendo, poder entender o cenário, poder entender o que de fato tinha acontecido, né... sua rede sócio afetiva, o que que tinha acontecido com a própria pessoa... e boa parte dessas pessoas, para eu não dizer quase todas, precisavam de ajuda para ressignificar, para reinventar seus novos projetos de vida. (...) muita gente pedindo ajuda pragmática para tentar entender qual era a rede de suporte que existia em cada um desses países, né... então algumas pessoas precisavam de refúgio em outros países, outros precisavam encontrar aqueles que estavam de baixo dos escombros, outros precisavam de ajuda para reinserção familiar, porque

eram pessoas violentadas sexualmente em boa parte das culturas onde eu trabalhei. Isso significa que não tem mais direito a ter a guarda dos filhos... não tem direito de voltar para casa... então muitas dessas mulheres pediam ajuda para uma sensibilização comunitária, uma sensibilização familiar, para que elas pudessem voltar sem medo de ser apedrejadas ou mortas ou excluídas da sociedade... (MSF 2)

No Brasil, (...) a maior parte pedia muita ajuda para ser reconhecido como sujeito de direitos... isso eu acho que no Brasil é uma coisa bastante forte, né? Porque nem sempre se reconhece o afetado ou o sobrevivente como um sujeito de direitos. [grifo nosso]. Então muitas organizações e profissionais oferecendo ajuda, mas não necessariamente trabalhando a atenção psicossocial como o afetado enquanto sujeito de direitos [grifo nosso]. Mas normalmente se trabalha enquanto alguém que demanda uma... uma ajuda técnica, e boa parte dessas pessoas, na verdade o que elas precisam, é a garantia de que elas tenham seus direitos de alguma forma ou a utilização do conhecimento do psicólogo ou das equipes de atenção psicossocial e de saúde mental, para fortalecer essa reivindicação deles enquanto sujeito de direitos mesmo, né... direitos e demandas enquanto cidadão do mundo.. (MSF 2)

Essa compreensão corrobora os dados levantados nas entrevistas, especialmente de Mariana, em que a judicialização faz parte dos processos de reparação e de reconhecimento enquanto sujeitos de direitos. Quando tratamos desse aspecto nesta tese, na etapa dois dos resultados, mencionamos a dificuldade da justiça em fazer valer os direitos dos atingidos de Mariana e a importância dos profissionais do Conviver nesse processo de empoderamento e fortalecimento do grupo. Avaliamos que muitos aspectos e documentos legais do Direito Ambiental na área dos desastres também precisam ser revistos.

Alguns juristas afirmam que o Direito versa sobre danos e reparações e não na prevenção, o que dificulta muitas ações nos casos de desastre, especialmente os tecnológicos. Essa dificuldade é explicada pelo caráter *pos factum* do Direito, que é operacionalizado a partir de um evento já consumado. Os juristas não tem uma formação para discutir o que não está previsto, trabalham com o presumível e o que está na norma. Segundo especialistas, um dos desafios colocados para a área de Direito Ambiental talvez seja a criação de um Direito Ecológico, mas relacional. Homem-natureza, o que não pressupõe só o mediador jurídico. Defendem uma visão menos antropocêntrica como um caminho possível. (DINNEBIER, 2017; CARVALHO & DAMACENA, 2012).

Carvalho & Damacena (2012), apontam em seu artigo sobre a intensificação dos desastres e o papel do Direito Ambiental, sobre a necessidade do Direito de rever determinadas conduções frente as novas demandas que os desastres, especialmente os socioambientais, têm levantado. Segundo os autores, o enfrentamento das consequências de um desastre provoca desgastes ao sistema jurídico, “*que conta com estruturas tradicionais para responder novíssimas demandas sociais*”. É necessária uma postura

reflexiva por parte do Direito Ambiental, que pauta suas ações em construções já muito cristalizadas e normatizadas e menos nas repercussões dos danos. O autor cita o desastre na Região Serrana do Rio de Janeiro como um exemplo de que o Direito precisa administrar novas demandas nesses cenários. Ele conta que juízes precisaram trabalhar na identificação de corpos, solucionar problemas de crianças perdidas e órfãs e deliberar a exumação de corpos para liberação de vagas em cemitérios, práticas até então incomuns no escopo de trabalho desses profissionais. Considerando que a tradição jurídica compreende o Direito como “*instrumento social de caráter post factum*”, a lógica de compreensão é pautada na decisão diante de eventos já consumados, a partir do modelo de condicionalidade: “*se... então*”. Trata-se de um padrão relacionado ao passado. Esse modelo condicional de entendimento acaba por limitar uma comunicação que compreenda aspectos futuros. Quando relacionamos esse modelo de comportamento a situações que envolvam desastres socioambientais, por exemplo, essa relação causa um contrassenso ainda maior, segundo os autores, já que nesse tipo de desastre o foco deve estar na prevenção e não na reparação. (idem, 2012, p. 94).

Avaliamos que o Direito que vivemos no dia-a-dia é o direito econômico, que só gerencia o pós fato, a reparação do dano. O Ministério Público, por exemplo, só ingressa com uma ação face a um dano, no pós-evento. É necessário se reinventar para as questões contemporâneas. O Direito e a própria Constituição são pautados por uma visão antropocentrista. E isso afeta a forma com que nos relacionamos com o meio ambiente. É preciso focar também nas questões da própria natureza, do ambiente que nos cerca e mantém vivos, na preservação da Ecologia. Diante das mudanças climáticas e de suas consequências, autores afirmam que podemos estar vivendo uma crise do Direito Ambiental. (DINNEBIER, 2017).

Uma das entrevistadas da Cruz Vermelha fala do apoio do setor municipal de saúde, especialmente da área de Saúde Mental, como uma demanda dos afetados por desastre. Observa que há uma carência nesse sentido. Atribui esse problema à falta de formação e preparo dos profissionais, que têm equipes limitadas e sem formação necessária para atuação em desastres. Segundo ela, não necessariamente o ambiente será traumático se houver uma estrutura de apoio psicossocial:

Falta de apoio da saúde... não tem, não tem... e outra... a Saúde Mental dos municípios não está capacitada para atender desastre... ela não tem formação para desastre. Então ela não dá conta numa situação de desastre, que eu acho que é a primeira adoecer... a primeira a adoecer... (...) se ela já é precária porque tem um número reduzido de pessoas, como ela não é capacitada, ela não é treinada

para isso... ela entra em choque... ela entra em pânico. [grifo nosso]. E aquilo que já é reduzido vira nada. Então as pessoas não têm um apoio social, não têm um apoio da saúde mental... a equipe de saúde também fica limitada, porque também não tem uma estrutura... Eu pelo menos não vi isso... talvez hoje em dia já tenha... (...) uma estrutura para desastre. (CVB 2)

Destacamos a fala de uma das entrevistadas da Cruz Vermelha, que coloca o foco da atenção psicossocial na atenção ao trauma. Quando fala das principais demandas dos afetados, cita que é o suporte ao trauma, que ultrapasse a oferta das necessidades básicas do sujeito. Sua visão é a de que o apoio psicossocial não se limita a oferta de necessidades básicas e o foco na comunidade, como sempre foi o foco da Cruz Vermelha. Esse entendimento parte da perspectiva de que os trabalhos da organização sempre foram mais coletivos e que atualmente tem ampliado sua visão para uma atuação que englobe outras dimensões. A entrevistada percebe uma exigência maior atualmente da Federação da Cruz Vermelha no que tange ao suporte à outras demandas, que é o apoio psicossocial propriamente dito. Existe um direcionamento maior da organização atualmente para que os profissionais vinculados a ela tenham um olhar mais direcionado ao indivíduo, e não só à aspectos voltados para a comunidade como um todo, como oferta de cestas básicas, trabalho preventivo, dentre outros. De acordo com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha - CICV (2017):

As questões psicossociais e de saúde mental foram negligenciadas durante muito tempo em situações de emergência devido à demanda imediata de atender às “necessidades básicas”. Em anos recentes, reconhece-se cada vez mais que as situações de emergência colocam uma pesada carga adicional na saúde mental e no bem-estar psicossocial de todos os envolvidos. A inclusão do enfoque de saúde mental e apoio psicossocial é, portanto, essencial para prestar uma resposta integral. Os horrores, as perdas, as incertezas e inúmeros outros fatores de estresse associados com emergências aumentam o risco de que as pessoas sofram com várias dificuldades sociais, comportamentais e psicológicas. (CICV, 2017, p. 14).

A entrevistada enfatiza a atuação mais individualizada e voltada ao trauma, como se esse aspecto tivesse sido pouco valorizado pela organização ao longo de sua história em função do foco em ações coletivas. Apesar de se referir a um atendimento mais especializado, ela também considera a abrangência do apoio psicossocial. Entende que a maior demanda dos afetados por desastre é o próprio apoio psicossocial.

Apesar de defender uma atuação abrangente, diverge dos demais entrevistados da assistência humanitária e do que tem recomendado a literatura da área, que reforçam a importância de se trabalhar o sujeito no coletivo, ter um olhar mais coletivo e menos individualizado. Como preconizado nos principais documentos da área, o

direcionamento para o coletivo favorece uma atuação com foco na identidade grupal e fortalece a força do coletivo, não devendo desconsiderar, obviamente, os fatores individuais, sociais e contextuais. A literatura evidencia que uma atuação mais individualizada não é efetiva, especialmente quando se individualiza procurando traumas e medicalizando. Reforçamos com isso, a necessidade da avaliação pelos que estão atuando sobre quando a intervenção ainda está na esfera de um apoio psicológico inicial não especializado (focalizado) e quando há necessidade dos serviços especializados de Saúde Mental. No trecho da entrevista parece haver foco na atuação voltada para o trauma, como se essa relação entre o desastre e o adoecimento já estivesse estabelecida. (IASC, 2009; OPAS, 2010; ACNUR, 2015; THE SPHERE PROJECT, 2011).

5. Como é possível promover saúde aos afetados/atingidos por desastre:

Essa indagação é o cerne deste estudo. Os entrevistados foram perguntados sobre como é possível promover saúde às pessoas e comunidades afetadas por desastre. Procuramos, dessa forma, ter uma compreensão do que tem sido observado como elementos promotores de saúde nesses cenários, seguindo a perspectiva de uma abordagem salutogênica nos desastres, e não patogênica. Acreditamos que eles podem ser de alguma forma replicados e considerados em cenários de desastre. Com base nas entrevistas, reunimos todos os aspectos citados, que serão exibidos no quadro abaixo. Entendemos que essa se mostrou a forma mais didática e estruturada de apresentá-los:

Síntese dos aspectos levantados nas entrevistas sobre como promover saúde aos afetados/atingidos por desastre
Identificar as demandas dos afetados através da fala dos mesmos e acolhê-los conforme suas necessidades
Realizar atividades preventivas
Disponibilizar a Estratégia Saúde da Família como instrumento preventivo e de promoção da saúde
Atuar no território e em suas vulnerabilidades, considerando os determinantes sociais (atuação fora do cotidiano dos serviços)
Atuar e investir em políticas de habitação
Atuar com promoção da saúde em todas as fases do desastre, anteriores e posteriores ao evento que o desencadeou
Ampliar a participação do setor saúde nas decisões e processos (ser mais ouvido pelos demais setores e circular mais pelos espaços coletivos)
Promover o resgate da identidade dos afetados/atingidos

Proporcionar o empoderamento dos afetados/atingidos para que se autodeterminem e se reconheçam como sujeitos de direitos e parte do processo
Compreender o adoecimento como parte do processo, mas sem patologizar o afetado/atingido
Informar adequadamente aos afetados/atingidos sobre as conjunturas que se colocam
Avaliar sempre o contexto dos afetados/atingidos
Considerar a existência de serviços multiprofissionais nas comunidades
Promover a formação de vínculos (de diversas ordens)
Promover a criação de grupos identitários (mulheres, pais, etc.) e terapêuticos

Quadro 5: Síntese dos aspectos levantados nas entrevistas sobre como promover saúde aos afetados/atingidos por desastre. Fonte: Elaboração própria.

As entrevistas revelaram que a identificação das necessidades dos afetados/atingidos é a base para as ações que promovam a saúde dos mesmos, corroborando com o que entendem que sejam ações fundamentais para o apoio psicossocial, já abordadas nesta tese. Segundo a grande maioria dos entrevistados, é necessário escutá-los e valorizar suas falas a partir do contexto que estejam vinculados. A oferta deve partir de suas demandas e não de algo já preestabelecido e fechado, amparado a perspectiva da integralidade da saúde. Em muitos casos, a oferta excede as necessidades de quem as recebe e o que de fato precisam, caindo no que um dos entrevistados chama de *especialismo*:

(...) a gente precisa mostrar pra ela que ela pode ser muito mais saudável que ela está. Então essa promoção da saúde, ela vem pela divulgação também do que a gente tem de oferta pra ela. Mas a gente peca muito quando a gente quer que a pessoa se encaixe na nossa oferta. (...) Então acho que assim, essas pessoas que foram afetadas pela tragédia, elas guardam dentro delas uma dor. Essa dor foi esquecida. Foi. Passou por uma resiliência, mas ela é uma dor, tem uma saudade, tem uma saudade do familiar que foi, uma saudade da casa que tinha, do vizinho. (...) Existe uma saudade, existe uma dor. Essas pessoas, elas podem ter necessidades de saúde que pra gente são tão básicas e a gente quer oferecer um especialismo e a gente deixa de ouvir o básico pra elas. [grifo nosso]. (Friburgo 3)

A construção de estratégias de cuidado e promoção da saúde nos contextos de Nova Friburgo e Mariana, apesar de distinta, teve como ponto comum a constituição na própria prática, a partir de uma insegurança inicial característica desses contextos. O compartilhamento de experiências, leitura sobre experiências de outros municípios e o *feeling* para o cuidado foram aspectos que atravessaram essas atuações, de forma geral. A insegurança inicial e a diversidade de demandas de várias frentes, levaram a algumas atuações tardias, tendo sido questionadas por parte da população acerca da demora na oferta de algumas ações. Essa cobrança advinda da própria comunidade foi mencionada por entrevistados dos dois locais, como no caso da horta comunitária em

Mariana. Os entrevistados explicam que esse atraso de algumas ações se deu por conta de questões burocráticas e a opção da equipe de profissionais por entender melhor o contexto antes de ofertar algumas ações. Em Mariana, especificamente, observa-se nas falas dos entrevistados, a ênfase na importância de colocar os atingidos na posição de protagonistas, promovendo saúde a partir de uma participação maior na construção do processo de cuidado. A situação de assistência em Mariana teve um destaque no que tange ao acolhimento por parte da saúde local e a constituição de uma equipe específica no apoio psicossocial. Há também uma participação maior dos atingidos no processo de reconstrução, diferente de Nova Friburgo. Podemos dizer que esses aspectos interferem na promoção da saúde nesses dois locais, somado ao fato de serem desastres de características diferentes: o primeiro, um desastre socioambiental relacionado a um evento climático e o segundo, um desastre tecnológico.

O que chama a atenção no desastre em Mariana, é que mesmo com a maior participação dos atingidos no processo de cuidado e no apoio psicossocial propriamente dito, em virtude da demora e protelação na reparação, a saúde dos mesmos é impactada. Importante frisar que está embutido neste processo o fato de haver um campo de disputa institucional, na complexa relação entre o entre público e privado no apoio psicossocial. Além disso, o reassentamento se deu (e está se dando) de formas bastante distintas. Enquanto no município de Nova Friburgo não houve participação dos atingidos no processo de reassentamento, em Mariana houve essa participação. No entanto, a demora, a desesperança e a falta de justiça aos atingidos de Mariana, leva à questões muito sérias no que tange ao impacto na saúde dessa população. Isso mostra a importância de que as ações de reparação e de recuperação se deem o mais rápido possível.

(...) eu acho que tem muito essa questão do contexto, né? Acho que a gente ainda tem instrumentos dentro das políticas de saúde que não são voltados para a compreensão de cada contexto, né? [grifo nosso]. Então aqui em Mariana a gente se deparou muito com essa situação (...) de que a gente tem uma condição, né, que é muito diferente e que a gente precisa explicar isso a todo o momento. Porque as pessoas entendem que não está dentro dos protocolos, não está dentro da Política, né? (...) A construção de uma nova unidade, a construção de uma nova equipe, de uma nova proposta de trabalho. (...) a gente não tem muita abertura para isso dentro das nossas políticas, né? Mas eu acho que se a gente pensar em nível constitucional, a gente já tem uma rede (...) que tem a orientação já de como vai funcionar isso, né? (...) naquele momento inicial, quando a gente começa a pensar assim “Ó, não tem que inventar, né, assim...”, é atenção primária, é reconstituir a atenção primária... é buscar enfermeiro que é de referência para eles, é ter essa noção de uma equipe que tem essa dimensão do... “Com quem que a gente está trabalhando, né?” (Mariana 5)

Considerando que saúde é o bem-estar biopsicossocial, você tem que ter um serviço... particular e multiprofissional dentro dessas comunidades. (...)nem que seja tipo hospital de campanha, quando tem... Sabe? Um núcleo que pudesse compor profissionais de várias áreas pra restabelecer um mínimo naquela comunidade... isso daria saúde... (...) Não é só reconstruir estradas, chão, rodovias... não é só

botar um... sei lá, um serviço de saúde (CVB 4)

Acho que promover saúde nesse contexto, é entender isso, de que você não vai chegar com um... sabe aquela lógica dos programinhas de saúde? E implementar isso? Não, (...) o processo é artesanal... Ele vai a partir das demandas... [grifo nosso] ... tá amparado numa perspectiva de integralidade da saúde... Ou seja, você tem que atender as pessoas de forma integral, a partir das suas demandas. Então, isso também está amparado pelo próprio sistema... (...) o processo, ele acarreta novos danos, né... a gente vê desastres dentro do desastre... Então é também construir intervenções não só diretamente com os atingidos, mas também no próprio processo de planejamento, de organização... (...) pelo menos identificar o que que potencialmente vai causar novos danos... (...) e numa perspectiva de saúde, de que... (...) adoecer num contexto adoecedor, não é o (...) não é o errado, não é o que está fora da curva... porque se você está num contexto adoecedor, a resposta “normal, entre aspas aí, é adoecer, né? Mas isso não é uma perspectiva meio “fatalista” de que não se há nada pra fazer... pelo contrário... (...) porque isso chama a atenção pra gente não patologizar essas reações... O adoecimento faz parte desse processo... o que a gente tem condições, é de não agravar esse adoecimento, né? Ele está posto, né? As pessoas vivem um processo que mobiliza uma série de recursos dessas pessoas... que esgota, esgota tanto do ponto de vista material ou simbólico, subjetivo... [grifo nosso]. (Mariana 1)

(...) a partir desse contexto adoecedor... quais são os caminhos e as possibilidades de se promover saúde? Primeiro é você sair dessa perspectiva patogênica, né, de achar que (...) a pessoa tá apresentando (...) um quadro, é, de um certo adoecimento, e aí você revitimizar ela e... enfim... acho que a primeira possibilidade de se promover saúde é... (...) operando um corte nessa perspectiva. O que não significa que você não vai ofertar cuidado, que você não vai ofertar medicação... não, não é disso. Mas é buscar dentro desse contexto, quais são as saídas possíveis de construir saúde. [grifo nosso] (...) bom, assim... não é um Novo Bento, mas é um Bento, é alguma, alguma outra possibilidade... Como é que esse sujeito vai se colocar nesse espaço? (...) Quais são os recursos que esse espaço, que esse território, essas relações, proporcionam pra isso? [grifo nosso]. (Mariana 1)

O envolvimento da comunidade no processo também é importante nessa promoção. Entendemos que também é uma forma de resiliência, de empoderamento e fortalecimento da capacidade de enfrentamento da comunidade afetada/atingida. O trabalho de prevenção, que também foi mencionado como um instrumento de promoção da saúde, é inserido, por exemplo, através da construção de comunidades resilientes e da Estratégia Saúde da Família. A participação da comunidade, incluindo os afetados/atingidos, é uma forma de promoção da saúde, como apontam alguns entrevistados. Interessante mencionar que a pergunta possibilitou reflexão dos entrevistados, já que um deles informou que não havia pensado sobre isso até então.

(...) eu acho que talvez promover saúde seria a gente poder ter preventivamente ações na Estratégia Saúde da Família... (...) eu acho que poderiam ter grupos de atendimento... (...) alguns espaços comunitários... com mais liberdade para as pessoas falarem do que querem, né? Falar de saúde, né, e não de doença o tempo todo... acho que isso poderia ajudar, mas acho que isso precisaria partir de situações mais dentro da Estratégia Saúde da Família. Eu acho que isso poderia funcionar legal. A gente no CAPS uma época, consegui fazer alguns grupos de terapia comunitária. (...) foi muito interessante o trabalho. (...) as coisas começaram a ter assim um... sei lá, um ar de... de mais saúde e menos doença... (...) mas, não durou... (...) Então eu acho que a Estratégia Saúde da Família precisava ter Saúde Mental lá. (...) porque algumas pessoas não vêm aos CAPS, não vêm aos ambulatórios... então eu acho que se pudesse promover algum tipo de estratégia na Estratégia Saúde da Família, acho que isso podia ficar melhor. Não sei, pensei isso aqui agora, entendeu? (Friburgo 5)

A Atenção Primária à Saúde, notadamente a ESF, se apresenta como estrutura estratégica para a promoção da saúde nesses contextos. A utilização de serviços de saúde já existentes precisa ser considerada como ação essencial, mesmo nas atuações da assistência humanitária:

A introdução do apoio psicossocial e de saúde mental nos centros básicos de saúde garante um enfoque integral à saúde e à continuidade da atenção aos pacientes, o que atende as necessidades da população. (...) O enfoque geral em situações de emergências ou desastres guia-se pelas considerações de saúde pública como a promoção da saúde, oferecimento de psicoeducação¹⁴ e incentivo à conscientização e à participação da comunidade”. (CICV, 2017, p. 201).

Estudos têm apontado a utilização de ações com enfoque salutogênico por equipes da Atenção Primária à Saúde em alguns países, incluindo o Brasil, como maneira de pensar em novas formas de promover saúde. Esses estudos têm como foco o estresse psicológico, qualidade de vida, síndrome metabólica e crianças e adolescentes com doenças crônicas. Todos são articulados com a área de Educação e Saúde. (PEREIRA et. al., 2017; ARVIDSDOTTER et. al., 2015; MIETTOLA & VILJANEM, 2014;). O uso dessa abordagem como um recurso importante no aumento do senso de coerência comunitária e individual, é entendido como uma forma de promoção da saúde.

Um dos princípios fundamentais para as etapas iniciais de uma emergência, apresentados nos guias do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial, é aproveitar os recursos e capacidades locais disponíveis, apoiando a auto-organização, a autoajuda e o fortalecimento dos recursos já existentes. Não se recomenda a organização e criação de apoios que prejudiquem ou ignorem as responsabilidades e capacidades locais: *Os grupos de pessoas afetadas têm recursos próprios oportunos para a saúde mental e o bem-estar psicossocial daquela comunidade afetada* (IASC, 2007, p. 9). Segundo um dos guias do IASC,

frequentemente programas conduzidos e executados de fora levam a soluções inadequadas de apoio à saúde mental e psicossocial (SMAPS) com

¹⁴ A Psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica cujo objetivo é favorecer o aprendizado, consciência e autonomia dos sujeitos a partir de um recurso educativo. Em muitos casos é usado com pacientes para ensiná-los sobre o tratamento psicoterápico, de forma que ganhem consciência e se preparem para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento e adaptação. (BHATTACHARJEE et al., 2011; AUTHIER, 1977; LEME et al, 2017). O termo *Psico* se refere às teorias e técnicas psicológicas existentes e o termo *educação*, está relacionado à área pedagógica, que envolve o processo de ensino-aprendizagem. Nesse caso, a psicoeducação engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental do sujeito. (WOOD et al., 1999). Podem ser usadas cartilhas, vídeos, palestras, dentre outros recursos, como forma de Psicoeducação.

pouca sustentabilidade. Sempre que possível, é importante fomentar a capacidade do governo local e da sociedade civil. (IASC, 2009, p. 8 - tradução nossa).

Alguns estudos revelam, inclusive, que a participação das pessoas atingidas e de voluntários nesses cenários é uma forma de altruísmo que adquire também um papel terapêutico para os que atuam. Esse ponto, inclusive, já foi abordado nesta tese, considerando o grande número de falas sobre esse aspecto nas entrevistas. Em muitos contextos, o oferecimento da ajuda voluntária é uma forma dos afetados ressignificarem aquele evento dramático (EYRE, 2004). A participação na assistência pode ser considerada um fator gerador de saúde, especialmente nas fases de resposta e recuperação.

Eyre (2004), discute em seu artigo sobre os aspectos psicossociais na recuperação em desastres, sobre as dimensões psicossociais a partir de uma abordagem holística comportamental, oriunda de estudos realizados no Reino Unido. Ela fala, com base nesses estudos, da importância de se reconhecer a capacidade e a resiliência dos atingidos, considerando que haja um planejamento apropriado de saúde mental depois desses eventos, para que atuem em caso de necessidade. Essas pesquisas sobre reações comportamentais, identificaram respostas comuns nos cenários de desastre que podem ser úteis para criação de estratégias de apoio (EYRE, 2004). O artigo aponta que especialistas em trauma têm mostrado que as consequências traumáticas desses eventos levam a uma ideia de que os atingidos são pessoas indefesas e antissociais. Cria-se com frequência esses estereótipos inapropriados em relação a essas pessoas. Esse não é o perfil característico dos atingidos, quando observados por estudiosos e especialistas na área. Ao contrário, reações de estresse pós-traumático normalmente não se manifestam imediatamente após eventos potencialmente traumáticos, mas a médio e longo prazo, segundo os autores. Reações como distúrbios generalizados, pânico e reclusão, muitas vezes associados a esse grupo, são raros, segundo eles. A partir desses dados, os autores evidenciam que na maioria das situações extremas, as vítimas primárias têm envolvimento ativo na assistência nas primeiras fases da recuperação e que é importante que esses estereótipos sejam desmistificados para que se reconheça e valorize esse recurso na fase inicial de impacto (idem, 2004).

Em relação à identificação de lideranças comunitárias, apesar da importância em identificá-los, os guias do IASC e outros documentos internacionais orientam que

essas referências na comunidade sejam feitas com cautela, para não se correr o risco de julgar que todas os residentes locais apoiem determinadas práticas e/ou pessoas. Havendo algum tipo de resistência de certos grupos ou por estarem vinculados a uma determinada liderança, é possível que não haja aderência ao processo por todos os grupos daquele coletivo. (IASC, 2007, 2009).

A questão do território na promoção da saúde, é levantada pelos entrevistados sob o prisma das vulnerabilidades e de seus determinantes sociais. É preciso pensar, segundo eles, o modelo de desenvolvimento e as políticas públicas de habitação. Para alguns entrevistados, o entendimento do território, de seus *conflitos e contradições*, é fundamental para se compreender os afetados/atingidos e, conseqüentemente, promover saúde. Um deles cita o deslocamento da população atingida da área rural para a área urbana em Teresópolis, após o evento na Região Serrana em 2011:

*(...) em Teresópolis foi afetada uma boa parte da área rural que vivia da sua plantação... então não adianta colocar num “Minha casa, Minha vida”, no centro de Teresópolis... com tudo... (...) como é que ele vai ganhar o sustento dele? Como é que ele vai mudar todo um... uma forma de pensar, né, de se articular no mundo... que ele vivia? Não dá... **por mais que aquele gestor ou aquele... (...) a pessoa responsável tenha a boa intenção de melhorar a sua qualidade de vida, não vai melhorar... ela tem que entender esse sujeito, como é que ele funciona... isso é saúde também. E eu sei que é difícil, é muito complexo... é muito complexo.** (CVB 2)*

(...) para entender melhor essa questão dos afetados e dos afetados em potencial, é entender melhor a cidade... Como essa cidade foi construída, né? O que que essa cidade propõe para ela mesma, né? O que ela quer dela mesma? (...) Porque até 2011, todas as vezes que tinha desastre em Friburgo, era sempre em áreas mais carentes, né... então era aquela cidade que é invisível... (...) como o desastre de 2011 foi muito democrático, porque ele pegou a cidade inteira... aí revelou... revelou uma cidade com esse potencial de risco grande. Eu acho que agora é perguntar “Que cidade é essa que não se preocupava quando era... não se preocupava o suficiente para ter uma política melhor de habitação quando (...) os afetados estavam localizados numa determinada área ali, né?”. Então eu acho que para trabalhar promoção de saúde eu acho que tem que pensar a questão da cidade. Seus conflitos, suas contradições... sua história, sua relação com tudo... o que ela quer, né? Como ela lida com seus pobres na cidade, né? Eu acho que isso é fundamental. [grifo nosso]. (Friburgo 2)

Dois entrevistados de Nova Friburgo fazem críticas ao Condomínio Terra Nova ao falarem dessa promoção de saúde aos atingidos. Quando a questão da territorialidade não foi considerada no reassentamento dos atingidos nesses condomínios, isso agravou o desastre e causou adoecimento. Segundo eles, não houve promoção de saúde. Mostram que a promoção da saúde deixa de acontecer quando a forma de condução do reassentamento e as próprias condições dessas instalações não são adequadas. A questão ultrapassa a promoção da saúde. Trata-se de assistência à saúde. No caso do Terra Nova, entendem que é um local marginalizado e que não considerou as especificidades dos diferentes grupos sociais afetados.

Quando a gente constrói uma coisa feito o Terra Nova... isso pra mim é um crime. Você pega pessoas de área rural, com pessoas com área deflagrada de violência e tráfico, no mesmo lugar... essas pessoas vêm de realidades diferentes, têm uma maneira de (...) de enfrentar a adversidade de formas totalmente diferentes. E de viver comunitariamente também de forma totalmente diferenciada. (...) não se observa essa questão da promoção da saúde nesses estágios... a gente promove adoecimentos, porque imagina se o pessoal de Córrego Dantas, Campo do Coelho... que precisavam ser reassentados, eles tivessem construído um prediozinho por lá mesmo? (...) as pessoas não teriam saído da sua área, né? Então estariam ali perto dos amigos, dos parentes, da história... do que ele entende como pertencimento... aí vai pra um lugar que ninguém tem relação de pertencimento com aquele lugar, porque aquele lugar não existia... então você vai ter que construir isso... e construir em que bases emocionais, né?”. (Friburgo 2)

O que aconteceu aqui, que é um outro lance também que afetou muito também a questão do desastre. (...) Botaram todas as pessoas num mesmo lugar. Lugar até legal, né? Só que aí (...) não tem creche, não tem posto de saúde, aí botaram cerca de 20 mil pessoas quase... e aí pessoas de comunidades diferentes, inclusive a nível de tráfico, de milícia, de não sei mais o quê... e aí rola tiroteio, rola uma série de questões ali... e o do não pertencimento, né, que é questão do território. Eles não pensaram nisso, né? Ou seja, é o lance da empreiteira, (...) desse lance que não pensa na questão do território, pensa na questão do financiamento, né, pra eles. (...) Isso [ênfase], na minha opinião, é a coisa que mais agravou a questão da saúde mental dessas pessoas que sofreram com a catástrofe (Friburgo 4)

Portella e Oliveira (2017), discutem essa ausência do reconhecimento da territorialidade e os impactos do deslocamento para o Terra Nova em “*Vulnerabilidades deslocadas e acirradas pelas políticas de habitação: a experiência do Terra Nova*”. Os autores explicam que a construção do conjunto habitacional foi uma das soluções encontradas pelo Estado para responder às necessidades de habitação dos desabrigados pelo desastre como uma *política pública recuperativa*, executada através do Programa Minha Casa Minha Vida, considerada uma política habitacional pelo Estado, mas questionada pelos autores pela sua natureza mantenedora das vulnerabilidades. Em meio à falta de planos de prevenção e de emergência, às necessidades prementes de resposta e a ineficiência da gestão do município de Nova Friburgo na época, as ações de resposta e recuperação não consideraram a participação da população nas decisões, ficando a cargo de entidades federais e estaduais que não conheciam o território. Segundo os autores,

o caso do Conjunto Terra Nova é lapidar. Encravado na periferia do bairro de Conselheiro Paulino, em Nova Friburgo, trouxe um peso extra a um dos bairros mais populosos da cidade e que já tinha dificuldades em todos os itens de urbanidade, além da sua própria suscetibilidade territorial a transbordamentos de rios e deslizamentos por chuva forte. (...) O Conjunto Terra Nova é lá colocado como se fosse um condomínio privado – ou único na área –, isto é, como se não fosse sobrecarregar todos os equipamentos públicos e malha urbana da área em termos de mobilidade, resíduos sólidos e líquidos, e de convivência pública de segurança, educação, saúde e assistência social. A população local anterior sabe o que representou a chegada dos novos moradores, e a discriminação se instalou entre os dois grupos populacionais. (...) Esse é o modelo habitacional de reparação a afetados

por desastres mais comum que existe no país, executado por meio do Programa *Minha Casa Minha Vida*, que o governo federal insiste em chamar de política habitacional. O projeto pertence às grandes construtoras e empreiteiras (o Conjunto Terra Nova “pertence” à empresa de construção civil Odebrecht), responsáveis por construir conjuntos habitacionais de prédios padronizados, a baixo custo, em uma única área, juntando famílias de áreas urbanas e rurais, sem respeito aos parentescos, vizinhanças ou culturas. (...) esse tipo de solução produz situações de agravamento das vulnerabilidades das populações, que precisam de intervenções de políticas públicas, urgentes e radicais, em diálogo com os cidadãos afetados. A decisão de não envolver a população na construção das respostas afeta indivíduos e coletividades. (PORTELLA e OLIVEIRA, 2017, p. 511, 512 e 514)

Essa perspectiva que desconsidera a territorialidade no reassentamento, nos remeteu novamente à questão da resiliência e da salutogênese. Ela nos convoca uma pergunta: Como a resiliência pode se dar em um ambiente construído sem considerar as relações já estabelecidas, as especificidades territoriais e o espaço social mais amplo? Como é possível um senso de coerência elevado nesse contexto? Entendemos que esses aspectos do reassentamento em Nova Friburgo interferem na forma de enfrentamento das pessoas e nos seus potenciais de superação.

Quando Antonovsky usa a expressão *tensão crônica da vida* para se referir a situações estruturais e culturais duradouras, como pobreza, desemprego, marginalidade, entre outras, defende que a constância desses estressores (mais comuns nas classes mais pobres), gera maior carga de estresse. Ou seja, fala da relação entre pobreza e saúde e das consequências da pobreza e da discriminação na geração de estressores. Segundo o autor,

A constância dos estressores impostos em tais situações da vida, as emergências contínuas que a vida apresenta, tornam imensamente difícil resolver a tensão. A vida, mesmo para os afortunados entre nós, está cheia de conflitos e estressores, mas há muitos períodos de respiração. (ANTONOVSKY, 1990, p.74 - tradução nossa).

Estudos sobre as classes sociais e a doença mostraram que os pobres tinham menos recursos para combater estressores e que estes eram produzidos pelas condições em que os pobres estavam expostos. No entanto, observou-se que a exposição aos estressores não causava invariavelmente estresse e doença. (MOCELLIN et al., 1997; FRIED, 1979). Os estressores têm o potencial de criarem tensão no organismo, contudo, se houver adaptação pelo indivíduo não geram o estresse, que é uma condição danosa para a saúde. (VINJE et al., 2017; ANTONOVSKY, 1979).

Em um interessante estudo de pesquisadores das universidades de Manitoba, no Canadá, e a Universidade Federal do Ceará, no Brasil, no ano de 1997, foi pesqui-

sado o impacto psicológico nos ambientes de pobreza e marginalizados. Fatores sociais e ambientais estavam associados ao risco de angústia emocional, já que havia poucos recursos comunitários de enfrentamento das novas dificuldades. Os autores observaram que os estudos sobre as consequências psicossociais dos desastres em contextos de pobreza abordavam essas consequências de forma fragmentada, especialmente nos contextos de extrema pobreza. Apesar do contexto de pobreza e marginalização, esse estudo revelou um alto grau de percepção de bem-estar em favelas cearenses, a qual os autores atribuem a alguns agentes promotores de saúde: o recurso da terapia integrativa sistemática e a fé espiritual. (MOCELLIN et al., 1997).

Foram apontados diversos aspectos psicossociais causadores de ansiedade na comunidade e o modelo de terapia integrativa sistemática, desenvolvido por um dos autores do estudo, se mostrou um importante modificador de aflições relacionadas ao desastre e a pobreza.

O objetivo do modelo era prevenir e “curar” [grifo nosso] a ansiedade nas favelas, integrando elementos culturais e sociais, bem como partes interessadas da comunidade representado pelos “curandeiros”, poetas e artistas, usando-os como parceiros para revitalizar a memória coletiva. A ênfase foi colocada no trabalho em equipe, com grupos de diferentes gêneros, formando grupos. O resultado final foi o desenvolvimento gradual de uma consciência de grupos, enfocando as implicações sociais de miséria e sofrimento humano e a descoberta de uma nova terapia que demonstrou um poderoso poder de cura. O fator mais marcante do movimento integrativo acabou sendo as sessões semanais em que o grupo elegeu tema específico para discussão (por exemplo, violência)”. (MOCELLIN et al., 1997, p. 73 - tradução nossa).

O que os autores chamam de *curandeiros* incluem espiritualistas, rezadeiras, sacerdotes, orixás e outros mediadores entre os conhecimentos ancestrais e modernos relacionados a espiritualidade. Destacam as estratégias usadas pelos participantes do estudo para se adaptarem aos eventos adversos e o efeito da fé espiritual como intermediário no processo de adaptação a pobreza. A diversidade de rituais permitidos na terapia integrativa sistemática aparece como facilitador na identificação de novos elementos para adaptação e as pessoas se sentiam mais aptas para identificar os problemas e encontrar respostas positivas: “*Os “curandeiros” significam comida para a alma e reafirmação da fé; constituindo a âncora da merecida estabilização e bem-estar*”. Apesar das taxas indicarem essa alta na percepção de bem-estar, na expectativa de vida e adaptação, os autores ressaltam que não se pode garantir a fidedignidade dessa relação, já que a amostra foi pequena e auto escolhida. (MOCELLIN et al, 1997, p. 73).

Brown et al (2012) evidenciam a importância de os programas internacionais de recuperação em desastres considerarem o aspecto da fé religiosa e a manutenção das redes sociais, e não apenas concentrar seus esforços de reconstrução da infraestrutura local. Segundo os autores, que examinaram a qualidade de vida relacionada à saúde em adultos após os furacões Katrina e Rita em 2005, as crenças religiosas e o enfrentamento pela religião não foram correlacionados à função física dos participantes, levando ao entendimento de que uma maior confiança na religiosidade como recurso de enfrentamento do desastre pode ser mais provável entre aqueles que são menos capazes fisicamente. (BROWN et al., 2010).

Alguns dos entrevistados entendem que a construção do Terra Nova poderia ter sido feita em outros moldes, mais favoráveis, caso o setor saúde tivesse sido chamado a pensar a estratégia de reassentamento. Muitos aspectos não foram considerados nesse realocamento. Críticas ao Terra Nova também surgiram nas entrevistas com profissionais de Mariana, Cruz Vermelha e Médicos sem Fronteiras. Apesar das críticas, alguns observam uma melhoria nas demandas por moradia após o Terra Nova, já que essas pessoas foram alocadas. Mas de uma forma geral, as críticas são negativas.

(...) O setor saúde tem que ser mais ouvido nessas horas... porque (...) é assim... “Ah, vamos construir o Terra Nova...”. “Setor saúde, vem cá! Onde vocês querem que construa uma UBS?”, “Como é que vai ser? Esse espaço está bom pra UBS?”. É só pra isso. Não é pra discutir as questões mais da subjetividade, das questões simbólicas... (...) se a gente tivesse sido ouvido naquele momento, talvez o Terra Nova não existisse... talvez fosse um outro... (...) um outro arranjo pra essas pessoas e que talvez pudessem facilitar na saúde delas, né? Mas nós não somos ouvidos, sobretudo na questão da promoção da saúde. (...) Mas eu acho que a gente tem que brigar por isso. Brigar para que isso seja... (...) tenha um eco... É complicado? É complicado. É complicado aqui mesmo quando faz o plano municipal de enfrentamento de desastre. Só chama a Saúde pra dizer assim “quantas ambulâncias, quantas...”, não tem uma discussão. Mas aí tudo bem. É o pessoal da defesa civil que faz um trabalho mais duro, que precisa só desses dados..., mas aí o setor saúde tem que se fazer mais fortalecido. (Friburgo 2)

Em algumas entrevistas, citam a instalação recente de uma UBS próxima ao Terra Nova, mas nem todos os entrevistados têm ciência desse dispositivo no local: *“(...) é uma unidade básica tipo estratégia de saúde da família, mas assim, não tem especialidades. Então todos eles têm que migrar até o posto de saúde e isso superloutou. A gente tem uma psicóloga nesse posto, entendeu?” (Friburgo 2).*

Ainda em relação a questão territorial, um dos entrevistados de Mariana fala que para que se promova a saúde aos afetados/atingidos, é necessária uma circulação maior do setor saúde pelos espaços coletivos. No caso de Mariana, por exemplo, os atingidos passaram a lidar e frequentar espaços que nunca estiveram até então, que não faziam parte de sua rotina, como reuniões recorrentes e negociações. A entrevis-

tada acha importante que o setor saúde compreenda esses espaços e que a escuta alcance outras dimensões, que não apenas a dos sintomas:

(...) eu acho que falta a gente realmente trabalhar com uma concepção ampliada de saúde de produção de autonomia, né, assim... (...) a gente circula pouco pelos outros espaços, né? E acho que para o desastre isso para mim é essencial, né, assim... (...) a gente passar por esses outros desastres e passar por essa constituição política mesmo... (Mariana 5)

Trata-se também de promover o empoderamento e autodeterminação dos atingidos, que é uma forma de promover saúde, segundo eles. Os entrevistados tratam esses aspectos relacionando-os com a construção dessas pessoas enquanto sujeitos de direitos, especialmente nos desastres de origem tecnológica, como foi o caso de Mariana:

*(...) primeiro é entender que promover saúde, pra essas pessoas, que foram afetadas por um desastre, (...) de origem tecnológica... que tem um responsável jurídico, direto, evidente... (...) é entender que essas pessoas passam por um processo de construção, constituição enquanto ser atingido, ou seja, de se reconhecer, de se autodeterminar dentro desse processo... O que que é ser atingido, né? (...) eu acho que o ser atingido, enquanto um sujeito político, (...) isso vai se determinar de diversas formas, né, e isso vai implicar em que tipo de... (...) como você vai construir saúde pra essas pessoas, né? **A saúde é um direito, né, mas esse direito se efetiva de formas diferentes, pra grupos diferentes** [grifo nosso], né? (Mariana 1)*

(...) a gente tem que empoderar essa população... sabe? E informar adequadamente, acolher quando eles querem, conforme a necessidade de cada um, né... (...) compartilhar experiências mesmo... (Mariana 2)

Resgate de identidade. (...) há um desastre [ênfase] mesmo, onde as pessoas não se reconhecem, onde... não se reconhecem porque não têm casa... (...) por exemplo, montar grupos com as mulheres... (...) para entender o que elas faziam que deixava elas felizes... se reconheceram em uma dança... então promover grupos de dança para elas começarem a sentir ali que elas são seres humanos... (MSF 1)

Um outro aspecto mencionado foi a importância da construção de vínculos, que nesses cenários tendem a ser rompidos em diversas dimensões.

*(...) Através da formação de vínculos. (...) você precisa formar vínculos o tempo todo. Porque aquela pessoa perdeu seus vínculos. É a principal demanda do desastre... é o rompimento de vínculos... vínculos afetivos, vínculos financeiros, vínculos sociais, vínculos biológicos... todo o tipo de vínculo é perdido no desastre... aquela pessoa precisa, a qualquer modo, formar um vínculo. Nem que seja um vínculo de inimizade, de você ficar implicando... “Ah, a fulana ali, fica passando toda hora... ela já pegou não sei o quê, eu não peguei nada... a fulana deu...”. É um vínculo! De inimizade, mas é um vínculo. **Você precisa formar vínculos dentro do desastre.** [grifo nosso]. (CVB 5)*

FATORES PROTETORES:

Considerando que a promoção da saúde nesta pesquisa é atravessada pela perspectiva da integralidade do cuidado e dos referenciais da abordagem salutogênica

e da resiliência, também foi perguntado aos entrevistados sobre os fatores protetores nesses cenários de desastre. O que eles têm observado como fatores protetores para o não adoecimento dos afetados/atingidos no atravessamento de um desastre. Ressaltamos que a compreensão sobre o adoecimento que defendemos neste estudo é a de que o mesmo é o resultado de uma não adaptação do sujeito às intemperes que vivenciou. Em meio a agentes estressores, que fazem parte da vida, quais fatores têm se mostrado de alguma forma protetores para que as pessoas tenham capacidade de enfrentá-los de forma saudável? Embora reconheçamos que a gama de estressores em um desastre é multidimensional, presumindo-se um contexto estressor diferenciado e mais desafiador, se comparado as situações de estresse rotineiras, não reforçamos qualquer tipo de diferenciação, dada a particularidade, significância e compreensão que cada pessoa afetada pelo mesmo vivencia. Apesar de o cenário ser potencialmente adoecedor em um desastre, não necessariamente o será. Essa relação não está dada. E esse aspecto se mostra o diferencial para um apoio psicossocial qualificado nesses contextos.

Reforçamos aqui a concepção de saúde que defendemos neste estudo. Pautados nas ideias de Canguilhem e Antonovsky, compreendemos que a saúde não se caracteriza pela plenitude de todas as dimensões que atravessam o sujeito, como uma homeostase, mas sim um estado onde este reconhece as adversidades e vicissitudes como parte do processo vital e como forma de desenvolvimento, conseguindo se adaptar diante delas. (CANGUILHEM, 2009; ANTONOVSKY, 1998).

Estamos tratando os fatores protetores como algo que atue na capacidade de enfrentamento e na resiliência dos sujeitos afetados/atingidos. Portanto, traz em si um caráter dinâmico e subjetivo, que merece ser considerado nessa análise, mas que ao mesmo tempo favorece a construção de recursos comunitários baseados na saúde, e não na doença e nos fatores de risco.

O foco da abordagem salutogênica não está nos estressores, e sim na capacidade de enfrentá-los. Caso não haja adaptação por parte do sujeito, esse estressor pode gerar o estresse e o desequilíbrio orgânico, que conseqüentemente pode levar ao adoecimento. Defendemos a concepção de que os afetados/atingidos por desastre precisam ser compreendidos não como pessoas necessariamente adoecidas e em sofrimento. É preciso vê-las como sujeitos com potencialidades para enfrentar a situação e quando se mostram não adaptativas a esses estressores, cabe aos profissionais oferecer recursos para esse fortalecimento. A patologização às reações e sintomas, acabam por potencializar o adoecimento e enfraquecendo os *recursos generalizados de resistência*

existentes. Observamos que algumas práticas de apoio psicossocial podem estar potencializando a figura de vítima traumatizada e pouco ofertando recursos para que se reconstrua e resignifique os acontecimentos.

As palavras de Canguilhem corroboram tal entendimento. Para ele, a característica da doença consiste justamente na redução da margem de tolerância às *infidelidades do meio*. Ele diz:

A saúde é um conjunto de seguranças e seguros, (...) seguranças no presente e seguros para prevenir o futuro. Assim, como há um seguro psicológico que não representa presunção, há um seguro biológico que não representa excesso, e que é saúde. A saúde é um guia regulador das possibilidades de reação. A vida está, habitualmente, aquém de suas possibilidades, porém, se necessário, mostra-se superior à sua capacidade presumida. Isso é patente nas reações de defesa do tipo inflamatório. Se a luta contra a infecção obtivesse vitória imediata, não haveria inflamação. Se as defesas orgânicas fossem imediatamente forçadas, também não haveria inflamação. Se há inflamação é porque a defesa anti-infecciosa é, ao mesmo tempo, surpreendida e mobilizada. Estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico. (CANGUILHEM, 2009, p.79 – tradução nossa).

A pergunta central da teoria salutogênica (*Por que, em um meio adoecedor, algumas pessoas se mantem saudáveis?*), tem aqui neste tópico de análise da tese, uma correlação direta com os fatores protetores. Observamos que os aspectos mencionados pelos profissionais entrevistados, a partir de suas observações e práticas, estão relacionados com os *recursos generalizados de resistência*¹⁵ apresentados na abordagem salutogênica. Esses recursos, que são variáveis relacionadas ao sujeito, ao grupo social e ao ambiente, são conformados através da experiência de vida dos indivíduos e que estão relacionados à capacidade de lidar com os estressores e manejar o estresse. Dentre esses recursos, Antonovsky incluí os recursos materiais, como dinheiro e moradia; apoio social; coesão e comprometimento com a cultura que o sujeito está inserido; religião; autoconhecimento; comportamentos saudáveis; características genéticas que favorecem a determinação dos recursos de resistência inerentes ao sujeito; estratégia de enfrentamento racional e flexível; conhecimento e inteligência (DANTAS, 2007, p.13; ANTONOVSKY, 1987, 1979).

Importante ressaltar a relação direta entre os recursos de resistência generalizados e o senso de coerência no modelo salutogênico. Um senso de coerência forte favorece a capacidade de utilização desses recursos, objetivando a adaptação aos estressores e tensões. E esses recursos ajudam na configuração do senso de coerência.

¹⁵ Vide página 47 sobre a Teoria Salutogênica e seus principais conceitos.

(DANTAS, 2007; ANTONOVSKY, 1987; MITTELMARK et. at. (org), 2017).

A perspectiva salutogênica traz uma nova forma de pesquisar as implicações das respostas não adaptativas dos sujeitos frente às demandas potencialmente desestruturantes. É possível o entendimento de que essas demandas tenham consequências positivas para o sujeito, a depender de como o mesmo se adapta a elas. Já a enfoque patogênico, segundo Antonovsky, mobilizou diversos estudiosos dos serviços de saúde a aplicarem seus esforços em doenças específicas a serem prevenidas e diagnosticadas – o foco nos fatores e grupos de risco. Como salienta Dantas em relação ao enfoque patogênico, (2007, p. 12), “*o predomínio dessa abordagem no modelo biomédico acentua a anormalidade funcional, caminhando para a investigação do que leva ao aparecimento das doenças e não a manutenção da saúde*”. (DANTAS, 2007; NUNES, 1999; ANTONOVSKY, 1987).

O quadro a seguir sintetiza o que os entrevistados têm observado como fatores protetores para o não adoecimento dos afetados/atingidos por desastre:

FATORES PROTETORES para que os afetados/atingidos por desastre não adoçam
Redes de apoio e solidariedade (manutenção e criação)
Religião (incluindo a capelania dos desastres)
Escolas
Esportes
Afetados/atingidos estarem bem emocionalmente para aceitar ajuda
Ambiente salubre
Políticas públicas
Grupos operativos (grupos de conversa)
Determinação genética (biológica) como fortalecedor do enfrentamento
Acúmulo de experiências ao longo da vida
Resiliência
Não revitimização e patologização nesses contextos de adoecimento
Utilização dos recursos da própria comunidade afetada
Movimento da própria comunidade afetada em apoiar uns aos outros
Construção e fortalecimento de vínculos
Reconhecimento dos afetados/atingidos como coletivos organizados e fortalecidos
Reconhecimento dos afetados/atingidos como seres humanos

Quadro 6: Fatores Protetores para que os afetados/atingidos por desastre não adoçam. Fonte: Elaboração própria. Síntese das entrevistas. Retrata a percepção dos entrevistados.

A manutenção das redes de apoio, sejam elas da própria comunidade ou de outra rede, que também está relacionada com o estabelecimento e fortalecimento de vínculos, é um dos aspectos mais citados nas entrevistas. Nesse sentido, citam o reassentamento no Conjunto Terra Nova, em Nova Friburgo, e o de Mariana, que deslocou os atingidos para diversas localidades diferentes e mudou a relação de vizinhança. Ambos os casos de reassentamento, com suas particularidades, foram citados como dificultador e causador de impacto nesse fator que seria protetor. A rede religiosa, familiar, comunitária, tem papel fortalecedor nesse cenário, trazendo mais possibilidades de evitar o adoecimento. Alguns entendem que quando o adoecimento é instalado, muitos dos afetados/atingidos têm dificuldade de identificar a própria rede de apoio. A RAPS é citada como agente dessa mediação, ajudando as pessoas a identificarem suas redes. Muitas vezes a rede está conformada, mas o indivíduo não a enxerga. Alguns entrevistados falam da necessidade de um trabalho de educação preventivo de fortalecimento de vínculos comunitários e, no pós-impacto, um trabalho continuado de apoio emocional, para ajudar nesse reconhecimento das redes que foram rompidas ou fragmentadas. Além da manutenção e fortalecimento das redes, fala-se na criação de novas redes, para ajudar na significação da experiência.

(...) eu acho que as redes de apoio, né, e no nosso caso em 2011, eu acho que muita gente perdeu sua rede de apoio. Porque era uma vizinhança que desaparecia, era uma família que desaparecia... eu acho que quem conseguiu manter isso, que foi atingido, mas manteve essa rede de apoio... da comunidade, de não sei o quê, consegue melhor, né, superar isso. (...) eu entendo que as pessoas que tiveram mais rede de apoio, de família, de comunidade, religiosa, né... essa rede que faz com que você se fortaleça... eu acho que ela dá mais... mais possibilidades (...) de evitar o adoecimento [grifo nosso]. E tem muita gente que não consegue, pelo trauma vivido, nem identificar mais essa rede... até ela pode existir, mas ela não... ela fica sem instrumentos. É aí que eu acho que deveria entrar a RAPS, né... e facilitar essa pessoa a identificar sua rede, porque às vezes ela está lá, mas ela não consegue enxergar [grifo nosso] (Friburgo 2)

(...) eu vejo que esse movimento da própria comunidade de se encontrar e de se escutar... (...) para mim é o maior fator de proteção. [grifo nosso] (...) a religião aparece também muito forte... (...) os padroeiros dos distritos... quando é o dia do padroeiro eles retornam para os distritos, fazem procissão lá, fazem a missa lá... então a religião... e acho que a escola, né? (...) a própria escola já começa a trabalhar com eles essa noção da reconstrução, do futuro, o que que eles esperam, o que que eu espero para o novo Bento... (...) esses espaços comunitários mesmo, assim, que eu vejo como fator de proteção. [grifo nosso]. (Mariana 5)

Rede. Que ela saiba aonde ir em momentos que ela se sinta fragilizada. Porque ela pode não se sentir fragilizada o tempo inteiro, né, mas ela tem momentos, né? Então ela ter certo ali... seja para a saúde, seja escola, seja para conversa... (...) tudo o que para ela faz sentido. (...) Isso fortalece... (...) só o fato de você saber, não precisar, não entrar em contato com as suas impotências, né... você entra naturalmente em contato, mas não se aprofunda nisso porque já tem, né, aonde ir antes de (...) de cair mesmo... e aí isso vai te dando um certo... um certa força interna. E aí essa força interna você usa para viver, né? Você usa para enfrentar. (MSF 1)

A importância das políticas públicas é mencionada como fortalecedora

desses fatores protetores. Já a ausência de políticas públicas efetivas e comprometidas, é analisada como mantenedora dos estressores, que podem levar ao adoecimento:

(...) eu acho que a gente, que é governo, que é Secretaria de Saúde, a gente precisa sinalizar que a gente existe como suporte também, só que a gente também recuou. Então essa possibilidade de ir até os locais e dizer, “A gente está aqui”. Mas sem falar diretamente da tragédia, entendeu? Porque eu entendo que cutucar essa ferida, sem dar o devido suporte para que ela cicatrize da forma correta... porque ela não foi cicatrizada, ela só foi abafada... a gente vai promover um adoecimento generalizado. Então se a gente vai oferecer um suporte, a gente tem que chegar pela oferta de saúde. (...) A gente ofereceu suporte naquele momento, só que muitas pessoas ficaram, outras não, não quiseram permanecer. (...) mas é tocar no assunto. Vai ter que ser feito de uma forma muito delicada e muito inteligente, porque se eu mexer aqui eu tenho que ter alguma coisa para oferecer ali. Por isso que a gente tem que se organizar, não pode ser “Vamos falar da tragédia”. Eu não iria. Eu não iria. Falar para que, né? Com qual objetivo? (Friburgo 3)

Destacaremos a seguir, trechos das entrevistas que atribuem à determinação genética, ao acúmulo de experiências durante a vida e à resiliência, fatores de proteção de alguns atingidos. Esse entendimento corrobora com a perspectiva salutogênica, que fala do estabelecimento de um senso de coerência forte de alguns indivíduos, fator que está relacionado com a forma de enfrentamento das adversidades. Uma das entrevistadas da Cruz Vermelha observa que, de forma geral, muitas pessoas afetadas por desastres normalmente já vivenciaram grandes adversidades ao longo da vida. Isso pode estar relacionado ao perfil de vulnerabilidade de quem sofre desastres - a vulnerabilidade social, segundo ela:

*Eu acho que primeiro, a própria história de vida, né? Isso é muito individual. **O tipo de personalidade, né... como já lidou com outros eventos da sua vida, de que forma a vida preparou a pessoa para conseguir superar mais ou menos uma situação, né? Agora, sem dúvida nenhuma também a rede de apoio que ela tem. Família, amigos, saúde, né... eu acho que a rede que ela tem, ela saber que, quando ela estiver se sentindo no fundo do poço vai ter alguém que pode esticar a mão para ela, isso é fundamental (CVB 3)***

*Porque muitas pessoas foram muito fortes, né? Eu acho que existiram pessoas que puderam lidar com isso de uma maneira bem legal... de dar conta, né, de ajudar mesmo, entendeu? (...) **eu acredito que tem uma situação fortalecedora também biológica, né, de cada um, uma coisa meio de formação, né? (...) acho que depois das tragédias a gente precisar poder ter um espaço de falar sobre... não sobre as coisas ruins e só da tragédia, mas as coisas boas da tragédia, né? A partir daí o que aconteceu? Porque se você me perguntar o que aconteceu de bom, depois da tragédia, eu não sei... entendeu? Porque a cidade ficou... quieta [grifo nosso]. O que aconteceu foi que a cidade ficou quieta. A gente teve prefeitos muito ruins, muito desastrosos, entendeu? Isso na recomposição da cidade... e a cidade ficou muito quieta... os que deram conta, sei lá... conseguiram ficar, mantiveram a vida, tocaram a vida... os que não deram, acabaram... sei lá... nos consultórios, nos ambulatórios... nos CAPS... sei lá... mas ficou todo mundo quieto. (Friburgo 5)***

Observamos que apesar de a resiliência e o senso de coerência estarem muitas vezes associados a algo particular, próprio de cada indivíduo a partir de suas experiências, podem ser produzidos e fortalecidos a partir de capacitações e práticas educativas, como a psicoeducação, por exemplo. Contudo, é fundamental que essas práticas

educativas sejam realizadas a nível comunitário, já que um indivíduo com uma alta resiliência ou um senso de coerência forte, treinado ou não para responder adequadamente a eventos adversos, agindo isoladamente pode provocar danos e influenciar negativamente na melhor resposta coletiva. Isso significa que é necessária uma ação coletiva, integral e que seja seguida a partir de protocolos de segurança.

De acordo com o ex-coordenador do CEMADEN, Mario Mendiondo, em entrevista a TV NBR em maio de 2015, quando a comunidade trabalha de forma coordenada, planejada e organizada, a resiliência tende a aumentar. Ele diz que ao agir isoladamente, um indivíduo com alta resiliência e treinado, pode procurar uma rota de fuga que atrapalhe a do coletivo. Por isso a importância desse treinamento ser incorporado durante toda a vida, não só através das escolas, mas no trânsito e em outros meios de convivência da população, para que aprendam a lidar com situações de risco sem colocar os demais ao seu redor em risco também.

Por fim, destacamos a importância de um suporte mínimo que promova nos afetados/atingidos um senso de identidade, pertencimento e autodeterminação, para que possam estar acessíveis para receber o cuidado. Além disso, o reconhecimento dos mesmos como coletivos organizados e fortalecidos é um fator de proteção observado, corroborando com o que já foi discutido até aqui e com os atravessamentos que têm vivenciado os atingidos até o momento nos contextos apresentados.

grande parte desses locais em que eu estive, era se reconhecer enquanto coletivo organizado, se reconhecer enquanto pertencente membro de um coletivo, seja de um grupo, seja de uma família, seja de um grupo de reivindicação... era algo muito protetor, era algo muito protetor... se reconhecer como pertencente a um coletivo organizado ou um coletivo fortalecido, certamente é algo que protege sim em termos de saúde mental... (...) Perceber que as reivindicações, principalmente as reivindicações para gestões ou para instituições locais, serem atendidas, enquanto reivindicação coletiva, também é algo bastante protetivo... é como se essas pessoas, de fato, sentissem que elas são, de fato, sujeitos de direitos. (...) serem tratadas como seres humanos, né? De alguma forma ser escutada como seres humanos, não só pelas equipes "psi", mas pelas equipes de cuidadores, também é algo bastante protetor... É como se essas pessoas sentissem que de fato, sim, elas não estão sozinhas... que elas têm suas demandas escutadas e processadas... (MSF 2)

Já frisamos neste estudo o quanto o não reconhecimento dos impactos e dos sujeitos enquanto atingidos em Mariana tem sido um elemento adoeecedor. Chamamos a atenção que não basta elencarmos aqui o que tem sido observado como fatores protetores e sugerirmos sua aplicabilidade na gestão de desastres, se alguns entraves nesses contextos ainda se fizeram presentes em nossa sociedade. O fato de a própria legislação não prever a condição de atingido, com danos diretos e indiretos, é um entra-

ve para o fortalecimento desses fatores de proteção. Além disso, entendemos que mesmo se os danos forem classificados como diretos ou indiretos, todos são afetados diretamente – a afetação é direta. É uma reflexão que gostaríamos de deixar.

6. Caracterização de cuidado integral:

Temos verificado até aqui e veremos a seguir, a partir das percepções trazidas nas entrevistas, que o cuidado integral não se restringe ao trabalho abrangente e multidisciplinar, mas deve ser, sobretudo transdisciplinar. Além disso, a interação, a comunicação, o reconhecimento da dinamicidade das intervenções em função das transformações nos contextos e a compreensão do sujeito em suas múltiplas necessidades (biopsicossocial), têm se mostrado a chave para a integralidade. Um aspecto que chama atenção quando pensado nesse cuidado integral é a inclusão do autocuidado, ou seja, engloba a participação dos profissionais de diversas áreas, a integração entre elas – que corresponde a mais que a soma das partes – e o afetado/atingido, já que para um cuidado integral, estes últimos precisam ter a consciência do autocuidado.

Foi perguntado aos entrevistados o que, para eles, compreende o cuidado integral aos afetados/atingidos por desastre. Abaixo, destacamos alguns trechos:

Quando a gente fala em integralidade não adianta só tratar o paciente, né, aquela questão do sintoma dele, ou só vou cuidar da diabetes, ou só vou cuidar do (...) do sintoma produtivo e não vou cuidar se o sujeito está diabético ou não. Vou cuidar também se ele está sem trabalho, ou porque também ele está com problemas sérios com a esposa, enfim... acho que é entender que nós somos uma teia de relações e nós estamos no mundo e precisamos cuidar dessas relações nossas no mundo. Se eu não ver o sujeito dessa forma, como muito mais além do que ele se apresenta... porque também as vezes ele só vai falar... (...) do que ele trás, né? (...) “Ah, eu tô com uma dor de cabeça”. É entender que a sua dor de cabeça é muito mais que a dor de cabeça. Acho que é entender que o sujeito é muito mais do que ele se apresenta, do que aquilo que eu consigo enxergar. As outras dimensões, né? As dimensões da vida... (Mariana 3)

(...) eu acho que esse cuidado integral, ele tem que ser promovido por todas as secretarias que lidam com as pessoas. E as secretarias que lidam com as pessoas de uma forma mais constante, saúde, educação e assistência social. Tem que ser esse trabalho, senão não vai. Botar tudo na conta da saúde, a gente não vai dar conta. (Friburgo 3)

A primeira coisa é uma escuta ampliada, né? Então que a escuta terapêutica não seja só a escuta clínica, como a gente está acostumado a fazer ou... ao ser formado dentro das universidades, mas está muito voltado para as necessidades básicas. (...) ter certeza que essas pessoas têm um mínimo (...) dos direitos garantidos, mas tenha o mínimo (...) de subsistência necessária... se elas têm água potável, se elas têm comida, se elas têm acesso à segurança... então, ter o mínimo do mínimo garantido (MSF 2)

Um exemplo trazido em uma das entrevistas chama a atenção para o fato de que reparar danos aos afetados/atingidos sem considerar suas demandas e a subjetividade de algumas dimensões, pode gerar danos ainda maiores. Trata-se da dimensão

existencial. É um aspecto curioso que merece um destaque:

(...) eu lembro que teve uma fala... (...) num evento que eu fui... (...) uma cidade de Minas... uma cidade rural, que a família foi deslocada para uma área urbana. E aí a defesa civil local disse que ia melhorar a qualidade de vida dessas pessoas... porque lá elas não tinham nem vaso sanitário... e agora elas tinham quarto, sala... um banheiro todo bem transadinho... E desconsideraram, sabe, a subjetividade dessas famílias... E aí começaram a beber, o índice de violência aumentou... álcool, (...) violência entre os casais e as pessoas, enfim... famílias se deterioraram. Por que... viver de quê? Como é que iam ganhar dinheiro? Iam plantar aonde? Na varandinha? Entendeu? É você não olhar o sujeito, dizer assim: “Ah, tá bom... isso aqui tá melhor...”. (...) É a questão da boa vontade. Você tem que ter boa vontade, mas você tem que ter o mínimo de conhecimento... porque boa vontade só não leva a lugar nenhum... então tem que conhecer... (CVB 2)

A perspectiva da dimensão existencial, foi estudada por Carmem Giongo em sua tese de doutorado sobre sofrimento social provocado pela construção de hidrelétricas. Ela explica que os licenciamentos ambientais para essas construções não consideraram o dano existencial como dimensão. O dano moral é mencionado nesses casos, mas o existencial não. Isso implica o não reconhecimento e entendimento de quem são os *atingidos*. Sem uma compreensão clara e legalmente estabelecida, as reparações acabam sendo diferentes nos desastres tecnológicos (GIONGO, 2018).

Para a autora, a questão ultrapassa o dano moral. O dano existencial muda projetos de vida das pessoas e vai muito além do que uma reparação indenizatória pode suprir. Muitos dos entrevistados de seu estudo usam a expressão “futuro roubado”, sendo este, inclusive, o título da tese de Giongo. Além de Giongo, Barbosa (2019), também explora em sua tese o dano existencial no contexto de desastre, falando especificamente do desastre em Mariana e nas repercussões do rompimento dos projetos de vida dos deslocados internos em função do desastre, afetando a existência dos mesmos. (BARBOSA, 2019).

Seguindo esse entendimento, alguns entrevistados de Mariana mencionam exemplos de intervenções ocorridas no município, que entendem como cuidado integral aos atingidos. Ilustram a importância de se pensar além da perspectiva biomédica, levando em conta os espaços coletivos. Um desses exemplos foi o já mencionado caso em que os cartões reparatórios entregues pela Samarco eram direcionados aos “chefes de família”, o que levou ao entendimento de muitos maridos, considerando a cultura do município, de que os homens seriam esses responsáveis. Essa situação contribuiu para o aumento de casos de relacionamento abusivo em algumas famílias. Além disso, nos casos onde houve separação entre casais após o rompimento da barragem, foi preciso que equipes da saúde mental e da RAPS informassem e negocias-

sem, juntamente com o Ministério Público, sobre a divisão do cartão reparatório, que gerou alguns problemas. Ou seja, é preciso ter um olhar abrangente para identificar que essas questões podem interferir no cuidado e impedir que ele seja integral. Passa também pelo entendimento de que as situações são dinâmicas e mudam a todo momento, as demandas vão mudando ao longo do tempo. Isso é muito importante especialmente no planejamento das ações de prevenção e recuperação em desastres.

Integral é esse cuidado... atrelado a essa multicausalidade... (...) que envolve vários parceiros, várias instituições... que engloba vários aspectos da vida do sujeito. Que está em articulação (...) aí junto com a Saúde Mental, junto com Assistência... Esses diálogos que a gente faz com os outros atores, desse contexto específico, apareceu nessas primeiras redes, lá no início, o tanto de demanda, por exemplo, que apareceu relacionada à auxílio, à cartão... não era nada nosso, que a gente conseguiria responder, mas o encaminhamento que a gente dava, por exemplo, ao Ministério Público ou então a assessoria técnica... e que está atrelado (...) muitas vezes a uma demanda econômica, uma demanda de moradia... (...) então assim... atento a essas várias dimensões. (Mariana 4)

Isso é o cuidado integral. Entender que as intervenções vão mudando ao logo do tempo... porque essa demanda vai mudando ao longo do tempo e os impactos na saúde, eles vão sendo transformados, eles vão se modificando ao longo desse tempo. [grifo nosso]. E você só garante um cuidado integral se você tem uma estrutura institucional, uma lógica de atuação que dê conta e que seja minimamente flexível, suficientemente, pra compreender e apreender esse processo. (Mariana 1)

Também foi observado que o cuidado integral deve ser considerado em todas as fases do desastre, no pré, peri e no pós-impacto, considerando a percepção de risco na gestão do risco e do desastre.

(...) É você preparar as pessoas também, porque possivelmente pode acontecer novamente... Você fazer um trabalho de prevenção, você fazer um trabalho de reconstrução... reconstrução prevenindo... não é “Ah, daqui há uns dez anos vai cair... eu não vou estar mais aqui mesmo, então... tudo bem...”. É prevenindo, é ensinando as pessoas a lidar com o risco quando não dá para tirar as pessoas dali. (...) É um trabalho muito mais complexo... (CVB 2)

7. Atuação do setor saúde aos afetados/atingidos por desastre no Brasil:

“(...) como é que você vai pensar na tragédia de uma pessoa que perdeu tudo se você não paga o aluguel há três meses e você corre o risco até de perder o local que você vive? Porque daqui a pouco vão te pedir o apartamento de volta... porque você não paga o seu aluguel há três meses... então se não houver aquele apelo humano dentro de você, e que se transforma em humanitário, é difícil...”. Fala de uma entrevistada da Cruz Vermelha Brasileira, se referindo aos profissionais do setor saúde.

Este tópico 7 apresenta a compreensão dos entrevistados sobre a atuação do setor saúde aos afetados/atingidos por desastres no país. Com o objetivo de saber as

opiniões acerca do que tem dado certo e o que precisa melhorar no setor saúde nesse sentido, foi perguntado como avaliam a atuação do setor saúde aos afetados/atingidos por desastre no Brasil.

De forma geral, os entrevistados avaliaram que a atuação do setor saúde aos afetados por desastre no país precisa avançar muito em diversas questões, como por exemplo no preparo e prevenção para o desastre; na ampliação do cuidado para a fase da recuperação e prevenção, não só da resposta; o problema da escassez de recursos mobilizados dentro do sistema, resultado da crise político-econômica do país e de forma mais grave em alguns estados; maior circulação do setor em outros espaços coletivos e setoriais; e compreensão mais abrangente sobre as fases do desastre e a participação efetiva do setor. A conjuntura atual do setor saúde é avaliada como falha, defasada e limitada (tanto na dimensão financeira quanto na compreensão acerca do desastre).

No caso específico do desastre em Nova Friburgo, alguns entrevistados falam que a atuação do setor foi positiva. Levando em conta os indicadores de saúde do município, revelam que apesar dos muitos casos de leptospirose após as chuvas, não houve óbito no município. O fato de equipes de diferentes níveis governamentais do setor saúde terem se juntado para que a situação epidemiológica do município não chegasse à níveis preocupantes, foi mencionado como positivo. No entanto, essa avaliação não reflete a da atuação do setor no país, de forma geral. As críticas foram negativas quando pensado a nível nacional.

Como já mencionado em um dos trechos desta tese, entrevistados de Nova Friburgo, Mariana e Cruz Vermelha observam que o setor saúde precisa se fazer mais fortalecido e ouvido nesses cenários de desastre, dando suporte nas questões que envolvam reassentamento, por exemplo. Ambos os desastres levantaram críticas sobre a atuação do setor no que diz respeito a fase da recuperação, com destaque para o reassentamento. Acreditam que o setor saúde não deve ser acionado ou consultado apenas quando se pensa em estrutura de ambulâncias e número de leitos, mas em todas as dimensões possíveis.

Apresentaremos, a seguir, alguns trechos de entrevistas que ilustram a necessidade de melhoria do setor saúde na fase de recuperação:

(...) olha, seria uma temeridade eu falar que é ruim, mas assim... (...) tem como melhorar... tem como

melhorar como? Principalmente [ênfase] nos pós desastre... Hoje, hoje eu vejo que... que os agentes de saúde, a saúde, ela fala muito do pré desastre... “não, nós vamos...”. (...) hoje já se tem, felizmente, o consenso de que protocolo NHS não funciona... o que que é NHS? Na Hora Sai... Não funciona... então, felizmente, isso daí já acontece..., mas assim, acontece o desastre... (...) passou as primeiras 48 horas, as pessoas querem ir para casa deitar e dormir. Não é assim... passou as primeiras 48 horas, aí mesmo que a saúde ela tem trabalho, porque a saúde é biopsicossocial... eu sempre vou bater nessa tecla, a saúde é biopsicossocial... então enquanto o sujeito não estiver, pelo menos assistido, de saúde bio, de saúde psico e de saúde social, o trabalho da saúde, Brasil, não terminou. (...) A fase da recuperação precisa melhorar muito. Muito. A fase da recuperação precisa melhorar muito. (CVB 5)

(...) em relação a Mariana a gente fica até num conflito, né, que a gente fica em toda uma luta, assim, para garantir alguns direitos, para garantir direitos, né, dos atingidos... (...) da falta de resposta em relação aos atingidos... Aí quando a gente pega outras experiências... têm experiências de lugares que não tiveram nada, né? De pessoas que ficaram anos em acampamentos, assim... e aí eu nem falo nem de uma resposta do setor saúde especificamente... aí eu acho que de uma concepção de saúde que não é ampliada mesmo... De um setor saúde que talvez não consiga cobrar outras instâncias também, né... porque aí a gente vive uma precarização dessas ações de reparação, de recuperação, que vão levar a condições de saúde precárias e que aí eu acho que não é nem de uma questão organizacional, só... (Mariana 5)

Quando avaliamos o contexto de outros países no que tange ao período de recuperação e a luta por direitos, observamos que, quando comparados à realidade brasileira, mesmo apresentando uma melhor organização e fortalecimento dos coletivos pelos direitos territoriais, nota-se de igual modo uma dificuldade no reconhecimento desses direitos pelos órgãos públicos e de financiamento. Observa-se que a prioridade recai sobre a reconstrução arquitetônica das cidades e pouco sobre os aspectos psicossociais. Além disso, os baixos investimentos na fase de recuperação se justificam, segundo alguns autores, pelo alto custo, pela necessidade de um acompanhamento a longo prazo (mais custoso) e menor repercussão de marketing para as empresas (SOUZA, 2015).

Um aspecto nos chama a atenção nas falas dos entrevistados. Observamos referências a dois comportamentos bem divergentes no contexto da atuação do setor saúde, mas que dizem respeito a dimensão individual dos profissionais, e não às políticas de saúde em si. No que concerne aos atendimentos dos profissionais na saúde pública, alguns entrevistados fazem referência a atuações marcadas pela falta de empatia e má vontade. Atribuem esse comportamento rotineiro à falta de recursos e estrutura, atrasos nos pagamentos e a possibilidade da perda do emprego. Avaliamos que essa crítica pode estar direcionada aos órgãos públicos, de maneira geral, e não só ao setor saúde, apesar de terem se referido especificamente a ele. Não se pode desconsiderar o fato de que os ambientes da assistência à saúde são caracterizados pelo estresse e tensão, dado sua característica de atuação em emergências. É natural que os profissionais possam manifestar comportamentos menos corteses em determinados

momentos. No entanto, essa crítica mencionada nas entrevistas, parece revelar que de fato há um reflexo da situação econômica do país na atuação dos profissionais.

Por outro lado, alguns entrevistados falam da capacidade dos profissionais “*darem a volta por cima*” e colocarem o espírito altruísta e solidário como prioridade em meio aos problemas que vivencia o setor saúde. Uma entrevistada de Mariana comenta, inclusive, que em sua opinião há uma **tendência na formação em saúde**, em geral, em se atuar movido pela solidariedade. Em sua opinião, não existe ausência do setor saúde, mas sim entraves econômicos e um distanciamento jurídico-político para algumas questões fundamentais, como a fase de recuperação, por exemplo.

(...) eu não vejo ausência do setor saúde nesse momento de resposta, né... mas eu acho que (...) existe... não sei se um distanciamento, talvez, do setor saúde para essas questões jurídico-políticas que vêm com o desastre e que impactam muito na condição de saúde das pessoas, né... (...) Como que as pessoas vão estar bem de saúde mental três anos depois sem construir nenhum tipo de planejamento de vida? Que é a nossa situação aqui, né? (...) e aí de todas as construções de abandono que vão sendo feitas em outros lugares, assim, que eu acho que traz as condições precárias de vida e de saúde mental mesmo para essas pessoas, né? (Mariana 5)

(...) de uma forma geral o Brasil está atravessando uma crise no sistema de saúde, né? Desde a atenção básica até... enfim... de hospitais... uma crise mesmo. (...) o que eu sempre vi nesses desastres foram equipes inteiras, muitas... muitas vezes que no normal, no padrão de normalidade, né, da sociedade, (...) não tinham como trabalhar, mas no momento de emergência responderam sim. Né? (...) eu vejo que, justamente no momento das tragédias (...) o primeiro impacto que ele causa na pessoa é como ser humano. Imediatamente depois como profissional. O ser humano é “Puxa, olha o que aconteceu com a vida dessas pessoas...”. Imediatamente depois vem “O que eu posso fazer com tudo aquilo que eu aprendi? Como é que eu vou usar isso em favor dessas pessoas?”. (...) bom, dentro de toda essa realidade que a gente vive né, de dificuldade econômica, dessa crise social, econômica, enfim... eu acho que é até muito positivo. (...) como é que você vai pensar na tragédia de uma pessoa que perdeu tudo se você não paga o aluguel há três meses e você corre o risco até de perder o local que você vive? Porque daqui a pouco vão te pedir o apartamento de volta... porque você não paga o seu aluguel há três meses... Então se não houver aquele apelo humano dentro de você, e que se transforma em humanitário, é difícil [grifo nosso] (CVB 3)

Observamos que em muitos casos a solidariedade e o espírito de ajuda de muitos profissionais têm se apresentado como um motor para o funcionamento da saúde pública na ausência do Estado. Avaliamos que a resiliência, que tanto mencionamos neste estudo, tem atravessado diversos contextos em nosso país, reforçando o espírito altruísta do povo brasileiro, que em meio a falta de recursos e de entraves que interferem até mesmo nos direitos enquanto cidadãos, consegue enfrentar as demandas graves que se colocam e dar a “*volta por cima*”. Uma das entrevistadas chama a atenção para o fato de que, mesmo quando há apoios emergenciais dos entes governamentais, precisamos ter mais consciência dos nossos direitos. Isso é evidenciado nesses cenários. Ela fala também das exigências do Estado por situações que já estavam precárias no município antes do desastre. Cobranças inapropriadas. Esse aspecto

já foi mencionado na página 118 desta tese. Avaliamos como importante essa compreensão da entrevistada de que é preciso aprender com os desafios e a capacidade de “*dar a volta por cima*”:

Eu sinto que nós, brasileiros, nós temos uma capacidade de dar a volta por cima, muito interessante, muito interessante, mas a gente tem que aprender nessa volta por cima a começar a exigir, ou a ter mais consciência dos nossos direitos. [grifo nosso] A gente, às vezes, se, se agradece ou se basta com muito pouco, entendeu? O que aconteceu aqui nesse bairro que, por exemplo, foi criado, assim, não deviam ter aceitado o que foi ofertado. Então eu acho que assim, Mariana também. Eu acho que houve, houve uma reestruturação, as pessoas fizeram o que podiam, mas não foi o certo. Eu acho que nós, população, quando somos afetados por uma tragédia, a gente não pode aceitar o que é ofertado de uma forma não digna. (...) Aceitar um condomínio como aquele, tinha que ter dito “não, não vamos aceitar. Então nós vamos ficar meio que na rua mesmo, nós vamos ficar aqui incomodando até a coisa vir certa”. (...) mas eu acho que cabe aí, nessa orientação psicossocial, a gente também não só oferecer saúde, medicamento, o mínimo de dignidade de, de documentação, mas mostrar para essa pessoa que ela tem direito a ter direito também... (...) eu avalio que a gente, como brasileiro, a gente se, se reestrutura muito rápido, mas a gente peca quando a gente aceita coisas que não são aquelas que a gente deveria ter de dignidade. [grifo nosso] (Friburgo 3)

Um aspecto que merece destaque e que já foi mencionado quando abordamos o desastre de Nova Friburgo, foi a identificação de uma das entrevistadas sobre a falta de compreensão pela população local sobre o que é o Sistema Único de Saúde (SUS). Ela identifica que a população tem dificuldade em entender o que é o SUS, de que ele é maior do que o SUS local. Muitos não enxergam o setor saúde de forma ampla, como se o Ministério da Saúde e o governo do estado não fizessem parte do SUS, mas somente a rede local, rotulada por suas mazelas. Caso essa percepção em Nova Friburgo reflita a compreensão mais geral da população do país sobre o SUS, será preciso pensar em estratégias que ampliem o conhecimento sobre o Sistema. É fundamental que a população compreenda os dispositivos do SUS, suas funções e abrangência, para que façam uso dos mesmos em sua capacidade plena e fortaleça sua grandiosidade e importância.

Considerando a importância do controle social e da participação da sociedade na elaboração das políticas públicas, esse aspecto se mostra alarmante. A partir da Lei nº 8.142/90 e da criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, a população do país conquistou espaço para atuar na garantia dos princípios do SUS, fiscalizando e deliberando sobre as políticas de saúde. Contudo, conhecer o SUS (seu funcionamento e organização), se torna imprescindível para esse controle social. O fortalecimento do SUS passa necessariamente pela promoção do conhecimento sobre a saúde. Portanto, fica a pergunta: Em que medida os processos de educação permanente para o controle social do SUS, elaborados pelo Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde e a

Política Nacional de Educação Permanente, estão cumprindo seu papel? (BRASIL, 2009; BRASIL, 2006b; ESPERIDIÃO, 2014).

Quanto à escassez de recursos e estrutura precária de alguns dispositivos da saúde pública, alguns entrevistados falam do quanto isso é potencializado em situações de desastres, onde a demanda e a necessidade de recursos humanos e materiais é mais alta. Considerando que em situações de normalidade a situação da saúde pública já esteja difícil, em casos de desastre tende a colapsar. Felizmente, o que se tem visto é que, mesmo aos “*trancos e barrancos*”, como enuncia um dos entrevistados, o setor saúde tem conseguido responder minimamente. A consequência dessa conjuntura prévia ao desastre é que a resposta é dada da maneira que for possível, sem planejamentos prévios, sem pensar muitas vezes nas demandas anteriores - que ainda precisarão ser respondidas - e sem um controle efetivo sobre os processos. Esse último aspecto, quando encontra situações onde pessoas se utilizam do desastre para obtenção de benefícios - situação lastimável, mas que tem ocorrido em alguns desastres no país - ganham contornos graves e sem precedentes.

Os entrevistados de Mariana avaliam a atuação do setor saúde no Brasil aos afetados/atingidos por desastre, com problemas em sua comunicação intersetorial, precisado muito avançar no sentido de uma concepção ampliada de saúde e, também, a avaliam como deficitária (justificada pelos obstáculos político-econômicos que ocasionam a escassez de recursos). Observam que há uma atuação importante do setor saúde em Mariana, mas que é atribuído muitas vezes a solidariedade e ao comprometimento dos profissionais. Um dos entrevistados de Mariana diz, por exemplo, não visualizar mudanças no sistema de saúde brasileiro, seja a nível da União, estados e municípios, em função da experiência do desastre em Mariana. Segundo ele, o rompimento da barragem parece não ter impactado a ponto de mudança de cenário na organização e mobilização institucional nessas três esferas de governo. Questiona se o próprio Vigidesastres tem condições para mobilizar equipes, recursos, capacitar, preparar e identificar situações que precisam ser realizadas. Isso em virtude da falta de recursos financeiros e da redução da capacidade de atuação no cenário que se apresenta. Segundo ele e uma entrevistada do MSF, houve retrocessos no setor saúde nos últimos anos. Quando o entrevistado se refere ao que ele chama de “*processo de desmonte do SUS*”, diz que isso reflete nas possibilidades de organização e preparo das estruturas para se trabalhar. Com poucos recursos, a gestão integral de riscos de desastres fica limitada muitas vezes à fase da resposta:

A gente está passando por um processo de desmonte do Sistema Único de Saúde... isso vai refletir, inclusive, na possibilidade de você organizar e preparar estruturas... pra trabalharem e organizarem esses processos. Então, assim... à medida que você vai reduzindo recursos, reduzindo condições de trabalho, isso vai piorando, né, a possibilidade de você trabalhar, dentro de um processo de gestão integrada de riscos de desastres, ela vai sendo cada vez mais reduzida... E aí a gente volta pra um cenário, anterior, que é de só ter possibilidade de atuação a partir da resposta. (...) eu não sei nem se, por exemplo, o Vigidesastres, que é o setor pra isso, eu não sei se eles têm nem condições de mobilizar equipe, recursos, por exemplo, pra capacitar e preparar, identificar... (...) não vejo, por exemplo, o rompimento da barragem de Mariana, tendo uma influência pra mudar esse cenário... (...) dependendo, inclusive, do setor e da área que você conversar, talvez as pessoas nem saibam muito bem falar o que... "Ah, Mariana... ah, tá... Mariana... rompeu uma barragem e tal...". (...) Sou um tanto quanto pessimista, assim... (...) não vejo e não visualizo mudanças a partir disso, não... (Mariana 1)

Uma questão curiosa, importante e antagônica surge a partir de algumas falas, e que pode ser traduzida pelo trecho de uma das entrevistadas. Ao mesmo tempo que muitos entrevistados reforçam o componente inesperado do desastre, trazem o entendimento de que ele é previsível, no sentido de incluir em si mesmo o fator da vulnerabilidade. Além disso, apesar de alguns entrevistados terem falado da importância dos três níveis (pré, peri e pós), apenas um deles fala da falta de preparo, levando em conta que o desastre é *“quase uma certeza, em determinadas regiões do país”*, referindo-se à vulnerabilidade local. Avaliamos que esse aspecto está relacionado e pode ser minimizado com o trabalho.

Um dos entrevistados cita a falta de formação para atuação em desastre como um fator que impacta nessa atuação do setor saúde como um todo, especialmente na formação em Psicologia. Diz que falta uma disciplina sobre desastre nos cursos de formação em Psicologia, que é uma narrativa recorrente nas entrevistas com os psicólogos neste estudo. Segundo ela, temos muito a evoluir na atuação em desastre de uma maneira geral, não só o setor saúde, e que os próprios cargos nas secretarias de saúde muitas vezes são preenchidos por profissionais sem conhecimento para a função.

Por fim, a atenção básica, notadamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) é mencionada como recurso estratégico para resolver alguns desses problemas citados, como porta de entrada para uma atuação mais eficaz do setor saúde.

8. Facilitadores e obstáculos para a chegada de ações psicossociais nas dimensões individual, comunitária e institucional:

Um dos aspectos que trazem o caráter inovador a este estudo, é a apresentação e discussão do que tem facilitado e dificultado a chegada de ações psicossociais nos desastres, nas dimensões individual, comunitária e institucional. Foram feitas duas perguntas sobre essa questão: uma voltada para essas três dimensões enquanto receptoras das ações psicossociais e a outra delas como promotoras de ações psicossociais. Ou seja, o que tem facilitado e dificultado a chegada e a propagação dessas ações nesses três níveis. Apesar de parecer uma noção fragmentada, não temos a intenção de limitar o entendimento sobre esses aspectos. Trata-se de pensar nessas três dimensões como parte de um mesmo sistema - coletivo - mas levando em conta suas especificidades e demandas. Não se trata da fragmentação do cuidado.

De modo geral, os entrevistados fizeram referência ao sistema como um todo, apontando em alguns casos demandas mais específicas de uma determinada dimensão. Cabe ressaltar que as visões apresentadas aqui, são fruto das experiências pessoais dos entrevistados, e atravessadas pelos contextos institucionais a que estão vinculados.

No que tange às visões mais gerais do que tem **facilitado** a chegada dessas ações, englobando os três níveis, foram mencionados: intervenções no território; o conhecimento do território por quem oferta as ações; compreensão do desastre; atuação de equipes flexíveis, sem um lugar fixo; a necessidade de redes que se conheçam e não tenham furos; aumento no número de profissionais para atuação; profissionais estarem bem preparados; bom relacionamento com a comunidade; ter a consciência de que a rotina é diferente dos serviços tradicionais; ter uma equipe específica para atuar com essas ações; ter mão de obra adequada; fortalecimento das instituições e indivíduos para que recebam as ações psicossociais; comunicação e atuação também no pré desastre; escutar demandas antes de ofertar; compreensão de que existem comunidades dentro das comunidades, com suas especificidades e linguagens próprias; atuar com uma perspectiva coletiva.

Como **obstáculos**, citam a falta de comunicação; o engessamento e enrijecimento dos processos de planejamento e organização institucionais; dificuldade de aceitação de profissionais pela comunidade em função de representarem o poder público; interpretações errôneas da comunidade em relação ao papel dos profissionais

que levam o apoio psicossocial; não criação de fluxos mínimos dos usuários pelos profissionais; papel político-econômico dos agentes causadores do dano; falta de organização e preparo para atuar; falta de alinhamento e logística, que é potencializada em cenários de desastre; cansaço e desesperança dos profissionais e atingidos devido aos entraves nos processos de reparação; lógica hospitalocêntrica que atravessa o setor saúde; não saber identificar as vulnerabilidades do território; individualização; atuação danosa de psicólogos em alguns desastres; resistências; falta de segurança (violência), falta de formação; falta de apoio e articulação no longo prazo (apoio se concentra na fase da resposta).

Destacamos alguns aspectos facilitadores citados, que acabam englobando outros que foram mencionados:

Conhecimento do território e das instituições:

O conhecimento do território em que serão ofertadas as ações é mencionado como um importante e fundamental facilitador para a chegada das ações psicossociais, nas três dimensões. É importante que haja um trabalho em rede, que essa rede se comunique e não tenha furos de comunicação. Dentro dessa ideia, foi citado como exemplo a equipe Conviver, de Mariana, como um recurso para o conhecimento do território, articulado a rede de cuidados do município e tendo o diferencial de circular pelo território, construindo espaços terapêuticos. Não ter um espaço fixo e ser uma equipe específica para essas intervenções, com um aumento de profissionais para a oferta de serviços, também é um facilitador para a chegada das ações. No caso de Nova Friburgo, dizem que só atualmente os gestores têm pensado num desenho de rede mais estruturado.

Uma das entrevistadas fala não só do conhecimento do território, mas também do sistema de apoio mais amplo, como o SUS e outros dispositivos do setor saúde como fundamentais para chegada de ações psicossociais. No caso da realidade brasileira, ela acredita que sem conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e outros órgãos fundamentais não é possível fazer um trabalho de apoio psicossocial. Dá o exemplo das dezenas de voluntários na Região Serrana do Rio de Janeiro que desconheciam o SUS, o que atrapalhou o trabalho. Ocorreram, segundo ela, muitas escutas individuais e de abordagem clínica, o que ela chamou de *individualização do sofrimento*. Além disso, a entrevistada chama a atenção para o que falamos na abertura

deste tópico, sobre a fragmentação das três dimensões avaliadas. Ela fala de sua dificuldade em dividir as dimensões *individual*, *comunitária* e *institucional* para essa análise, entendendo que uma fragmentação pode levar ao que já ocorre atualmente no país, uma fragmentação da estratégia do cuidado. De qualquer forma, reforçando a constituição de um sistema integrado, consegue identificar alguns facilitadores e obstáculos para a chegada de ações psicossociais nesses três níveis. Ela diz:

(...) para a comunidade, o que mais facilita é (...) conhecer o contexto sócio-político e cultural... (...) Para as instituições, acredito que uma das formas mais eficazes, é conhecendo de fato os sistemas. (...) agora voltando para o Brasil... Sem conhecer o Sistema Único de Saúde, sem conhecer o SUAS e sem conhecer o SINPDEC, eu não consigo nem imaginar como alguém trabalha com apoio psicossocial... (...) conhecer um pouco da Constituição, da legislação do país é fundamental... porque não tem como você apoiar, de verdade, a estrutura... (...) psicossocial, se você, de fato, não leu um pouco da legislação e da estrutura daquele local... senão é quase como enxugar gelo... já o que aconteceu em vários lugares e que segue acontecendo, na própria Região Serrana aconteceu muito... um número muito grande de voluntários que não tinham ideia de como é trabalhar com o Sistema Único de Saúde e não trabalharam, de fato. Muita gente trabalhando isoladamente... uma escuta clínica, individual... (...) O que no meu ponto de vista é um grande equívoco, quando você individualiza o sofrimento, não parte do princípio de que essas pessoas têm algo que as conecta e a gente não está falando de uma nem duas, a gente está falando de centenas, em determinados locais são milhares, que estão passando por demandas similares, mas com um... um algoz comum [grifo nosso]... que pode ser a política, mas que pode ser outras demandas... e acho que quando a gente consegue entender isso, é muito mais produtivo, muito mais eficaz a escuta, porque aí a escuta não fica só individualizada, ela parte do princípio que essas pessoas têm um denominador comum e que isso pode fazer com que elas se fortaleçam muito mais, se elas se configurarem como sujeitos de direitos coletivos, né, e não apenas demandadores individuais [grifo nosso] (MSF 2)

Dentro da perspectiva de conhecimento do território, é importante que na oferta de ações psicossociais seja levado em conta a existência de diversas e distintas comunidades dentro da comunidade, com suas linguagens próprias e particularidades. A comunidade não é um sistema homogêneo e as particularidades precisam ser levadas em conta. Considerar esses diferentes grupos facilita a chegada de ações para a comunidade e indivíduos.

Escutar demandas antes de ofertar:

Escutar demandas dos indivíduos, comunidade e das instituições foi o aspecto mais citado pelos entrevistados. Em relação aos facilitadores para chegada de ações nas instituições, um dos entrevistados fala da ida de equipes à diversas instituições com o objetivo de conhecer os trabalhos realizados e produzir conhecimento e troca. Essa necessidade é levantada em função de não se saber o papel e as ações de muitas instituições que compõem o espaço coletivo, e que podem agregar conhecimento e ajuda.

(...) as instituições precisam abrir mão das suas vaidades pra que elas possam integrar ações. Então essa coisa do “eu fiz e você não fez, olha como eu sou importante”. Eu acho que a gente precisa

aprender a, a identificar o que é de cada um e o que é de todo mundo. [grifo nosso] (...) em relação a tragédia aqui, a gente teve uma ação aqui (...) de uma ONG (...) que ficou numa localidade afetada, oferecendo um serviço em saúde mental, mas nunca conversou comigo. Entendeu? Então quando a gente foi oferecer eles falaram, “não, eu já estou fazendo tratamento”. E a gente falava, “com quem?” Então eles se fecharam lá, se colocaram lá, criaram uma excelência no serviço, mas não integraram. Então eu cheguei e falei assim, “como que eu vou poder entender qual foi a necessidade da cidade, se vocês não entram, né, em comunicação?” (...) a gente peca muito nos serviços por falta de comunicação, por falta de uma visibilidade do que eu preciso. (Friburgo 3)

(...) Chegar nas comunidades... equipes [ênfase]... que pudessem trabalhar essas questões psicossociais, que pudessem escutar as demandas deles, né? Porque também não adianta a gente ir pra lá e oferecer, né, o que a gente não escutou deles... eu acho que a gente tem que ter equipes capazes de ir pra lá e escutar... (Friburgo 5)

*(...) **uma primeira coisa que isso facilitou o acesso e o reconhecimento da saúde, do apoio psicossocial pra essas pessoas, foi a partir do momento em que essa equipe se colocou nesses espaços...** [grifo nosso]. Porque aí ela começa a ser reconhecida como um apoio, né? “Bom, tem alguém aqui em que pode me amparar quando esse processo tiver... (...) quando eu não tiver conseguindo...” (Mariana 1)*

Nesse sentido, devido à demanda específica e o aumento de pessoas no município de Mariana após o rompimento da barragem, uma equipe específica, direcionada para essas ações, foi um facilitador para a chegada das mesmas, já que se fosse realizada pelos profissionais da rede, sobrecarregaria o sistema e talvez as ações não chegassem como deveriam, baseadas nas demandas dos atingidos. Segundo um dos entrevistados, mais de mil pessoas se deslocaram para Mariana para receberem atendimento. Essa equipe itinerante facilita esse conhecimento das necessidades. No caso de Mariana, uma questão merece destaque nas discussões. Se colocam nesses espaços, mas ao mesmo tempo existe a relação público-privado que atravessa. Como já discutido nesta tese, o agente causador do dano é quem contratou parte da equipe, que atua na rede pública, articulado com a Rede. Ficam numa situação de apoio e ao mesmo tempo são vistos com certo receio. Essa desconstrução influencia na atuação. É preciso estar atento às relações que são estabelecidas. Os atingidos têm atos de memória, de reivindicação, e as equipes participam.

Equipes flexíveis e trabalho itinerante:

Como já mencionado, ter uma equipe específica sem lugar fixo, itinerante e flexível é entendida como facilitador no município de Mariana, porque avaliam que se trabalhassem em um lugar fixo, como uma UBS, por exemplo, haveria o risco de centralizar o trabalho em atendimentos individuais. A perspectiva é de um trabalho que abranja a dimensão coletiva. O uso de diversos espaços (dispositivos do território), fez com que as equipes ampliassem a concepção do que seria um apoio psicossocial no contexto de Mariana, também ajudando na atuação no território e no conhecimento de

suas fortalezas e contradições.

A flexibilidade também é mencionada como facilitadora no sentido de não ficarem presos a protocolos institucionais. “*Sair do script*”. Todas as entrevistas, de modo geral, falam de algo que é do sujeito, do profissional que está atuando. Que foge do prescrito. Segundo muitos entrevistados, é preciso *insights*, ir além do tradicional. O cenário de desastre exige uma certa flexibilidade, uma certa fluidez. E os processos de planejamento e de organização institucional são muito engessados. Um dos entrevistados diz que essa flexibilização está associada à necessidade de se humanizar a atuação, como preconizado na própria Política de Humanização (BRASIL, 2013a).

se, talvez, ficasse centralizado só na unidade básica, talvez corria o risco de centralizar em atendimentos individuais, por exemplo... e aí, a gente utilizando, né, diversos espaços, dispositivos do território, a gente ampliou muito mais a concepção do que seria apoio psicossocial nesse contexto e ajudou também essa atuação no território... (...) A equipe específica eu acho que, tanto para o indivíduo, quanto para a comunidade, quanto para as instituições... que acabou se tornando uma referência. (...) então a gente acaba dedicando tempo integral para isso, para essas questões de desastre, para participar... (Mariana 4)

*(...) para os atingidos, (...) foi o entendimento da equipe de que era necessário estar nesses espaços, né... (...) de que não... não adianta só fazer... (...) um cardápio de ofertas clínicas, terapêuticas, coletivas, de oficinas... se isso não fizer sentido para essas pessoas, se elas não se (...) virem, né... identificarem ali que “Bom, então essas pessoas estão comigo nesse processo...” (...) acho que para os profissionais, é a mesma coisa só que no sentido inverso... (...) de que o meu fazer nesse, nesse cenário, ele é totalmente diferente do que a rotina de um serviço de saúde qualquer... de que faz parte da minha atuação estar acompanhando esses processos... de que eu **também vou ter que desenvolver uma série de ações, de intervenções, que não estão no script, que não estão naquilo que a gente aprende cotidianamente** [grifo nosso]. (...) isso é um fator primordial... (Mariana 1)*

Fortalecimento das instituições, comunidades e indivíduos para que recebam as ações psicossociais:

O fortalecimento de instituições, da rede, da comunidade e dos indivíduos é um aspecto relacionado também à prevenção. Quando se sentem fortalecidos e empoderados, se tornam multiplicadores de conhecimento e se colocam mais acessíveis ao recebimento de ações de apoio psicossocial.

Bom relacionamento com a comunidade:

Um aspecto comum mencionado como facilitador para chegada de ações psicossociais nas entrevistas com profissionais da Cruz Vermelha, foi a credibilidade da própria instituição e o bom relacionamento com as comunidades e instituições, que também têm relação com o conhecimento do território.

Atuação no pré-desastre:

A atuação no pré-desastre, caracterizada pela prevenção, foi mencionada como facilitador da chegada de ações por criar condições, conhecimento e estabelecer vínculos com os indivíduos daquela comunidade específica, bem como com as instituições presentes no território, possibilitando ações na resposta e na recuperação.

Quanto aos **obstáculos** para a chegada de ações, destacamos alguns dos já mencionados no início do tópico.

Falta de comunicação:

Alguns entrevistados falam da falta de comunicação como um obstáculo para a chegada das ações psicossociais, especialmente dos gestores para os profissionais e desses para a comunidade. Como forma de melhorar essa comunicação nos três níveis avaliados (individual, comunitário e institucional), um dos entrevistados diz ser necessário o envolvimento do trabalhador da área de saúde, da comunidade, dos gestores e do indivíduo, com a participação da sociedade na construção dos planos de ação:

(...) Eu acho que a comunicação tem sido um entrave. (...) Muitas das vezes você dá voz à uma comunidade, mas você não dá voz ao indivíduo, entendeu? E aí você dá voz ao gestor, mas você não dá voz ao trabalhador que está na ponta ali, sofrendo, entendeu, com aquilo tudo ali. Aquilo deságua tudo nele. Então eu acho que, um plano de contingência, ele não deve ser feito só pelo setor saúde ou só pelo setor defesa civil, só pelo setor do corpo de bombeiros ou só por eles, né? [grifo nosso]. Eu sei que tem o conselho de saúde também, ele se envolve, mas eu acho que deve ser aberto com efeito no plano diretor do município. Isso deve ser feito de forma aberta para que a sociedade também... ela atue, né? Ela dê a sua opinião, ela dê a sua contribuição para aquelas ações ali. Porque eles que vivem no momento né, que são os atingidos, então acho que eles têm que ter voz sim, tanto como comunidade, assim, associações, como individualmente, tá? (Friburgo 1)

(...) a falta de comunicação, acho que é... nossa, assim... é tudo [ênfase] que não faz andar. Não anda... e eu acho que precisa haver comunicação da Secretaria... (...) melhorar essa comunicação da Secretaria de Saúde... o que a Secretaria de Saúde tem lá do estado, o Ministério da Saúde... e é compartilhado com a gente, né? (Mariana 2)

Falta de organização e preparo para atuar (falta de alinhamento e logística, que é potencializada em cenários de desastre):

A falta de organização e de preparação para cenários de desastre, não só em termos de resposta, mas os riscos em que a população está exposta, foi mencionado em diversas entrevistas.

(...) a falta de organização, de preparação e... enfim... pra intervenção nesse cenário... (...) o que fazer, como fazer... não só em termos de resposta, mas é trabalhar numa perspectiva de identificação, de quais são os riscos a que as populações estão expostas... Diante desses riscos, o que que a gente faz? Não há essa cultura, não há essa preocupação, essa forma... desde a formação até o planejamento mesmo da saúde... acho que são esses dois grandes dificultadores. (Mariana 1)

Uma questão interessante levantada sobre falta de organização, é o caráter subjetivo e abstrato da saúde mental. Um das entrevistadas observa que muitos profissionais acabam não criando dados concretos e fluxos mínimos dos usuários devido à essa característica e também pela falta de uma organização dos serviços.

A gente não gosta de ter protocolo. A gente gosta de ouvir o outro na sua subjetividade. E isso fica num nível de abstração tão abstrata (sic), tão incômodo que a gente não produz dados, a gente não se organiza, a gente não cria protocolo. A gente não consegue ter o mínimo de noção de fluxo desse usuário, desde a hora que ele entra, até a hora que ele sai. Então pra gente poder oferecer um bom serviço, a gente primeiro precisa se organizar. [grifo nosso]. Então a gente tem que começar a trabalhar com coisas mais concretas. Quando a gente for agora pra essa comunidade, a gente tem que saber o que a gente se propõe quando a gente vai lá. Não é vai lá e ouvir. Porque eu posso ouvir de um jeito que você vai ouvir do outro. (...) a gente precisa ter o mínimo de direção da onde a gente tá e até onde a gente quer chegar. [grifo nosso] (Friburgo 3)

Engessamento e enrijecimento dos processos de planejamento e organização institucionais:

Há uma necessidade, segundo alguns entrevistados, de que a organização institucional nesses cenários flexibilize seus processos. As situações que se colocam demandam que o *enrijecimento* de algumas práticas sejam pensados e flexibilizados, de forma que se alcance ações e atuações humanizadas, integrais e eficazes.

O processo de planejamento, de organização institucional na maioria das vezes é muito engessado... ele é muito enrijecido... (...) um cenário de desastres ele... ele exige uma... uma certa flexibilidade, uma certa fluidez... [grifo nosso] (...) acho que no caso específico de Mariana, que essa (...) essa questão institucional ainda é um tensionamento... acho que assim... por um lado a gente precisa restabelecer uma certa rotina e uma "normalidade", entre aspas aí, sempre, né... (...) porque isso inclusive ajuda a orientar, organizar o processo. (...), mas também você precisa manter uma certa flexibilidade, uma certa... talvez até (...) uma humanização dessas relações, dessas organizações... Um pouco daquilo que a própria Política de Humanização coloca..., mas aí acho que isso escapa rotineiramente, num desastre talvez muito mais. (Mariana 1)

Dificuldade de aceitação de profissionais e interpretações errôneas pela comunidade em relação ao papel dos profissionais que levam o apoio psicossocial, em função de representarem o poder público:

Esse aspecto foi mencionado nas entrevistas com profissionais de Nova Friburgo e Mariana. A percepção dos profissionais da Cruz Vermelha foi distinta, já que

mencionaram justamente a facilidade da chegada das ações psicossociais por representarem a organização. A receptividade das três dimensões para receber as ações é facilitada por conta da credibilidade da organização humanitária em todo o mundo.

Já os entrevistados de Nova Friburgo e Mariana, percebem que há uma confusão por parte da população quanto a quem são os “culpados” pelo desastre. Os profissionais acabam sofrendo certos “estigmas” por estarem prestando serviços e acabam sofrendo algum tipo de responsabilização. Alguns entrevistados falam, inclusive, da polarização de certos atingidos, que tem um estranhamento e até recusa de determinados serviços por considerar que a Renova é que domina e administra os serviços, como já tratado nesta tese.

Em nosso entendimento, essa percepção da população parece também estar associada à percepção de risco e a própria educação e conhecimento. Talvez esse entrave possa ser minimizado com o recurso da psicoeducação. É possível que essa situação seja potencializada em função da impunidade em nosso país, da morosidade das ações reparatórias e compensatórias, da vulnerabilidade e desigualdade social. Uma das entrevistas aponta, inclusive, a questão da vestimenta (colete de identificação dos agentes do SUS) como um potencializador desse problema, já que observam que a população de uma forma geral entende que o SUS está restrito ao nível federal, não entendendo que as unidades básicas, UPAs, SAMU, vigilância municipal, entre outros dispositivos, fazem parte do SUS. De uma forma geral têm uma percepção negativa do SUS por se depararem com falta de insumos, recursos básicos, falta de profissionais, etc., muitas vezes não compreendendo a amplitude e abrangência do mesmo. Isso pode estar agravado em função da crise econômica e social do país e da não confiança nos órgãos públicos. É preciso pensar em formas de dirimir essa percepção equivocada acerca do SUS e do papel dos profissionais.

A comunidade também aceitar esse profissional, porque muitas das vezes o profissional vai na comunidade e ele acaba sendo atingido porque, na verdade, ele representa, representa o poder público, né? Então acha que a culpa é dele, acha que tinha que fazer mais e ele é um profissional limitado, está ali para fazer uma ação e não mais ações. “- Aqui estou sem água”. Mas eu não estou indo lá para colocar água, estou indo lá para tentar prestar uma assistência. Entendeu? A comunidade também interpreta de forma errônea algumas ações. (Friburgo 1)

Eu acho que à nível institucional é isso... essa relação público-privada para a gente aqui é muito difícil, né? É difícil para os profissionais, é difícil ter profissionais com um tipo de contratação diferente. Para a gente enquanto gestão, a gente tem que ficar nesse movimento de orientar os profissionais o tempo todo, né... (...) essa instabilidade de um formato de contratação, profissionais angustiados com muita frequência. Então acho que essa relação público-privado e esse formato de contratação hoje, institucionalmente, é a principal dificuldade. (Mariana 5)

Papel político-econômico dos agentes causadores do dano:

O papel político-econômico do causador do dano que originou o desastre, foi citado como exercendo um peso importante. No caso do desastre ocorrido em Mariana, tem tido papel negativo no processo de chegada de ações psicossociais aos atingidos, por influenciar nas decisões, seja na fase de resposta, seja na recuperação.

Cansaço e desesperança dos profissionais e atingidos devido aos entraves e atravessamentos nos processos de reparação:

A relação de poder entre o Ministério Público e a Cáritas de um lado, e a Fundação Renova, de outro, tem gerado mais cansaço, desesperança e sofrimento para os atingidos, na opinião de alguns entrevistados. Ao mesmo tempo em que o Ministério Público ajuda na garantia dos direitos, a luta de poder e a quantidade de ações têm adoecido ainda mais os atingidos. Além disso, há uma recusa de muitos atingidos em relação a Fundação Renova, já que muitos profissionais da Samarco integram a Fundação e isso impacta nas decisões e reuniões nas Câmaras Técnicas. A própria forma com que foi criada a Fundação é entendida como um obstáculo para a chegada de ações psicossociais. Somado a isso, existe a situação da contratação dos profissionais do Conviver, que apesar de estarem vinculados ao setor público de saúde, são pagos pela Renova. Trabalhar dentro da política pública, mas ser financiado pela empresa é um obstáculo. Ou seja, essa relação de contratação e vínculo causa desconforto e desconfiança aos atingidos e angústia dos profissionais, pela instabilidade do formato de contratação, como já mencionado anteriormente nesta tese. A frase trazida por uma entrevistada de Mariana, parafraseando a fala dos atingidos, é bastante emblemática: “*Afinal, quem paga não é quem manda?*”. Esses atravessamentos do processo de reparação na oferta de cuidado, têm sido considerados obstáculos para a chegada de ações em Mariana, muito marcado pela relação público-privada. O cansaço e desesperança acabam desmobilizando a participação dos atingidos nesses espaços coletivos, segundo alguns entrevistados. O cansaço também atinge os profissionais, por conta do envolvimento em diversos espaços institucionais, com demandas diversas, e são atravessados pela forma de contratação com a Renova.

(...) eu acho que existe uma relação que ela merece atenção... do Ministério Público com os atingidos e a Cáritas, numa polarização com relação (...) à Renova, né? (...) e eu acho que talvez esse duelo, ele possa também estar causando sofrimento para os atingidos. (...) eu acho que isso é uma coisa que tem

pegado... os atingidos estão muito no discurso (...) também do Ministério Público... (...) eu acho que é ótimo, né, porque ele é a garantia dos direitos e tal... (...) e que alguém que vá realmente zelar pelos direitos deles e tal, mas até que ponto isso não pode gerar mais adoecimento? Porque também as coisas não andam... (...) acho que cada um tem que fazer a sua parte, acho que o Ministério Público tem que cuidar mesmo, né, mas encaixar o que que é o mínimo possível para andar com as coisas. Nós vamos ficar, imagina... dez anos para fazer um reassentamento? Essas famílias aí, os senhorzinhos morrendo... (Mariana 3)

Lógica hospitalocêntrica que atravessa o setor saúde e a formação biomédica

Aparecem como obstáculos identificados para a chegada de ações psicossociais a formação biomédica estrita, que acaba concentrando muitas ações nos consultórios e na perspectiva hospitalar e do trauma. Citam a dificuldade de alguns profissionais em Mariana de entenderem a lógica de clínica ampliada na atuação psicossocial, de que as ações se dão no território e não só no contexto clínico. As entrevistas revelam que muitos ainda estão aprendendo essa perspectiva dentro da Saúde Mental, da atenção psicossocial e do próprio desastre.

*(...) a gente ainda tem uma formação muito à nível biomédico, por mais que a gente fale de um conceito ampliado de saúde, todo mundo adora um consultório... (...) essa equipe entender que tipo de atuação era essa que a gente estava propondo, assim, demorou muito. Muito não, né? Isso foi sendo construído... (...) acho que passa por uma questão mais de pertencimento em relação ao serviço, né... (...) porque é uma equipe que já lida muito bem com o território... que já consegue buscar recursos que são da própria comunidade... sabe? Então, (...) **sair dessa perspectiva clínica individual para uma clínica coletiva, para esses espaços.... [grifo nosso]**(Mariana 5)*

Com certeza o obstáculo, principalmente essa lógica centralizadora, hospitalocêntrica, no caso da saúde, é você entender que as pessoas é que devem ir até o... até o grande centro, e não ao contrário. Essa lógica nossa centralizadora ela é a pior lógica que pode ter. Eu acho que é o maior obstáculo que pode acontecer... (Friburgo 4)

Um aspecto levantado nas entrevistas em Mariana, foi a importância de os profissionais da Saúde Mental atuarem no apoio psicossocial em desastres a partir de uma compreensão ampliada da clínica. Ou seja, para alguns entrevistados deve haver um espaço nos serviços de cuidado para intervenções individuais, contudo não deve se restringir a isso, sob pena de patologizar o indivíduo. Corre-se o risco de se medicalizar reações e processos. E numa situação de desastre, a chance de se cometer esses desacertos é muito maior. Além disso, essa intervenção individualizada da clínica, muito própria dos atendimentos em consultório, acaba sendo colocada em xeque nesse contexto de desastres. É essencial que a atuação considere os múltiplos aspectos ao redor do sujeito e sua conexão com os determinantes sociais.

(...) a intervenção ali, ela tem que partir de uma concepção de uma clínica ampliada. Ela tem que

levar em consideração, pensando aí numa lógica de determinantes sociais de saúde, de que está muito mais conectada com os determinantes, (...) ou seja, com a determinação social que foi causada por um desastre, do que necessariamente as condições singulares, individuais do sujeito... é claro que isso é a forma com que o sujeito apresenta a resposta frente àquele cenário... você não vai excluir isso desse processo... mas também o que tem que orientar é esse contexto social que o desastre coloca [grifo nosso]. (Mariana 1)

Eu acho que é um contexto de sofrimento muito diferente, né, então traz essa perspectiva do cuidado com a não patologização, com a não cronificação, com a não revitimização... mas que se for olhar em termos de procedimentos, assim, são procedimentos que também são realizados dentro da Saúde Mental, e que eu falo muitas vezes... como que os CAPS precisam aprender com essa equipe do Conviver, a trabalhar no território (...) porque na verdade, eles fazem o que todas as equipes deveriam fazer. Isso de levar para fora do serviço, de trabalhar com ações comunitárias, né... de estar em outros lugares... então, eu acho que o Conviver traz muito dessa perspectiva para a gente também nos outros serviços... de como que a gente sai desse espaço incômodo de dentro do serviço, né... (Mariana 5)

Não saber identificar as vulnerabilidades do território.

Além da compreensão do território por parte dos profissionais, uma das entrevistadas de Nova Friburgo fala dessa falta de identificação por parte da comunidade. Com isso, a comunidade acaba não gerando ações psicossociais, não sendo propagadora dessas ações.

Acho que a gente trabalha muito pouco com essa categoria de território. Então a gente não sabe identificar as vulnerabilidades de um território, né... (...) a gente está tão enfiado naquele lugar, que a gente não consegue enxergar a dinâmica daquilo... então você... às vezes não consegue... é... (silêncio) ... propor nada, porque você não, não consegue enxergar isso... e nem você como indivíduo acha que pode fazer alguma coisa por aquela comunidade, nem a comunidade acha... (Friburgo 2)

Individualização e resistência nas três dimensões:

A individualização e resistência são trazidas pelos entrevistados numa perspectiva do indivíduo, comunidades e instituições se fecharem em suas dores e, no caso das instituições e comunidades, nos seus conhecimentos. A Cruz Vermelha não identifica dificuldades de chegar às comunidades e instituições devido a credibilidade da organização, mas encontra dificuldades quando o sujeito não está acessível emocionalmente para receber ajuda. Quanto ao nível institucional, alguns entrevistados identificam falta de compartilhamento e de abertura de outras instituições nesses cenários de desastre. Nesse sentido, falam da Educação e de uma mudança de perspectiva, necessárias para essa chegada das ações. Segundo alguns entrevistados, as pessoas não são educadas e informadas de que é possível que ajudem outras pessoas. É preciso que se fale o que é necessário para cada indivíduo, para cada comunidade, para cada insti-

tuição. Com base nessa compreensão, falam da importância de a Academia abrir espaços de troca com a comunidade, acerca do que é produzido.

Atuação danosa de psicólogos em alguns desastres:

A atuação de psicólogos no desastre da Região Serrana do Rio de Janeiro foi citada como um dificultador da chegada de ações psicossociais nos anos seguintes ao impacto. Segundo uma das entrevistadas da Cruz Vermelha, em virtude do grande número de psicólogos que atuaram em 2011 e da forma indevida e despreparada de muitos deles, houve uma resistência por parte da população em receber assistência da Cruz Vermelha dois anos depois. Essa falta de preparo de muitos voluntários também foi descrita como tendo ocorrido no desastre na boate Kiss.

*Sabe o que que dificultou, por exemplo, da Região Serrana, de 2011 pra 2013? A atuação do psicólogo (...) A imagem ruim do psicólogo... 2011 a gente ouvia assim "Psicólogo não...". "De novo?". Parecia que havia mais psicólogos do que afetados. (...) Isso foi realmente muito difícil, porque só ser psicólogo não capacita estar nesse lugar... E tem psicólogos que não entendem isso. E aí quer ter seu minuto de glória... ou, sei lá... ter no seu currículo que ele foi na Boate Kiss... que ele atuou na Boate Kiss... que ele atuou não sei aonde... e sem saber atuar ele só vai queimar a categoria. **Vai querer fazer terapia dentro de um abrigo...** [grifo nosso]. "Fale-me sobre isso da sua infância...". Imagina... (...) 2011 nós tivemos muito problemas com as pessoas... (...) às vezes a gente ia pra campo, saía do abrigo pra campo, tinha uma notícia que uma família tinha voltado pra área de risco com a família... o conselho tutelar estava tirando as crianças... então... "Vamos lá, vamos lá... vamos ver se a gente consegue falar com essa família pra voltar para o abrigo"... "Ah não, psicólogo, de novo não...". Que lugar é esse que o psicólogo vai pra fazer o quê? Difícil... (CVB 2)*

A capacitação prévia para esse tipo de atuação é fundamental, mesmo levando em conta que equipes preparadas dependem do grau de complexidade dos eventos e das cidades. Alguns entrevistados contam que, somado ao despreparo de muitos profissionais pela falta de capacitação, alguns apresentaram dificuldades em lidar com a situação pelo próprio atravessamento do desastre em suas vidas. Esse aspecto ressalta a importância de se analisar as situações de forma particularizada, observando questões inerentes à cada realidade. Há situações, por exemplo, em que será preciso avaliar a necessidade de convocar profissionais externos à localidade, dado o grau de envolvimento emocional daquele grupo. Nesses casos, mesmo capacitados esses profissionais poderão estar mais vulneráveis ao adoecimento.

A capacitação e preparação prévias também se mostram fundamentais por apresentarem antecipadamente aos profissionais que atuarão em desastres, situações passíveis de ocorrer nesses cenários, como os comportamentos dos afetados e dos profissionais nos abrigos, por exemplo. Entrevistados de Friburgo, de Mariana e especi-

almente da Cruz Vermelha, contam que foram comuns, episódios nos abrigos de profissionais questionando determinadas atitudes de pessoas afetadas pelo desastre. Comportamentos eram interpretados por alguns profissionais como grosseiros e até abusivos, sem um entendimento mais sensível diante de todo o contexto, do cenário de inúmeras perdas. Esse entendimento mais sensível pelos profissionais nos abrigos é um ponto mencionado por muitos profissionais nas entrevistas.

(...) o que eu percebi nesses lugares era assim, 'pô, tá exigindo? A gente já está aqui trabalhando, né, ainda tá pedindo? A gente está fazendo o melhor'. Tinham pessoas que ficavam um pouco irritadas, mas as pessoas também estavam numa situação muito difícil né? Você ficar numa sala com outras pessoas, sem o mínimo de privacidade? Teve um momento que havia um mal-estar generalizado, tanto das pessoas que passaram pela tragédia, quanto de quem estava oferecendo serviço. (suspiro). (Friburgo 3)

Observamos que nos dois desastres apresentados aqui, a mobilização para consertar ou minimizar danos ocorridos por imperícias e despreparo acabou consumindo tempo, tão precioso nesses casos extremos em que a resposta precisa ser dada com rapidez. Como comenta um entrevistado de Mariana, referindo-se a pessoas contratadas sem preparo ou que atuaram desarticuladas da rede: “*nós perdemos mais tempo retirando essas pessoas, do que... é... colocando... (respira fundo)*” (Mariana 1).

Quanto a esse aspecto, levantamos aqui uma questão importante e que também entrará como recomendação ao final desta tese: a importância de o próprio Código de Ética do Psicólogo não estimular a presença de psicólogos nos desastres sem que enfatize a necessidade de capacitação prévia. No Código, é apresentado como dever do psicólogo se prontificar para ajudar na assistência, contudo não adverte sobre a necessidade básica de que os mesmos sejam capacitados, o que pode estimular a ida de profissionais despreparados para esses cenários. A própria Nota Técnica sobre atuação da categoria em desastres, de 2016, poderia ter acrescentado este tópico em suas considerações, articulado ao artigo do Código. (CFP, 2016).

Falta de formação e conhecimento:

A falta de capacitação e conhecimento para atuação nesses cenários foi citada como obstáculo para a chegada das ações psicossociais nos três níveis por propiciar trabalhos desarticulados com a rede de assistência pública. Além disso, o conhecimento, leituras e construções de diretrizes, acabam sendo feitas durante o desastre, demandando tempo e uma disponibilidade escassa.

Para mim o maior obstáculo é a falta de conhecimento, é a falta de formação... eu acho que se a gente tivesse uma formação mais próxima das demandas e podendo entender de fato qual que é o papel da atenção psicossocial e da Saúde Mental nos desastres, talvez a gente não tivesse esses grandes obstáculos que a gente tem hoje. (MSF 2)

(...) quando você vai no médico com uma dor no estômago, você vai procurar um gastro, você não vai procurar um oftalmologista... não é porque ele é médico que você vai nele... então existem especialidades que precisam de estudos, de conhecimentos. E essa é uma área. (...) não basta ser psicólogo, não basta ser psicólogo clínico... vai fazer clínica? Nessa área? Não pode. (silêncio) Essa foi uma questão muito complicada.... Quer dizer, não é da instituição, mas é da categoria, né? (...) a ABEP¹⁶ tem que pegar para si... de alguma forma tem que ampliar o currículo da graduação. Uma eletivazinha lá, né? Uma eletivazinha... só pra mostrar que sabe passar o que significa. (CVB 2)

*Têm algumas questões que a gente não conseguiu... por exemplo, que estavam desde o plano de ação... que é a questão da capacitação... Porque **para a gente encontrar profissionais no Brasil que tem formação para trabalhar com isso, assim... não acha.** [grifo nosso]. (...) E a gente ainda com uma demanda de fortalecer a mão de obra local, né? Porque como são contratos feitos pela Fundação Renova, existe esse acordo entre a Fundação e o município de que ela priorize a mão de obra local. (...) de cidades que foram atingidas, né? Então tem essa questão dessa priorização também. E aí a gente faz essa demanda de que a empresa pague capacitação a esses profissionais e uma supervisão constante a essa equipe... para a gente ir tendo esse apoio. E isso não foi oferecido. E acho que isso é de extrema importância... Ter uma pessoa que faça... (...) que consiga dar essa supervisão, que tem um olhar externo, (...) que tenham experiência na área para conseguir essa orientação da equipe... acho que seria um grande fator para a gente de apoio e que não foi conseguido, né? (Mariana 5)*

Falta de apoio e articulação institucional ao trabalho no longo prazo: foco na resposta:

O que alguns entrevistados observam, é que as articulações institucionais, quando ocorrem, se restringem à fase da resposta. Demandas de diferentes ordens vão surgindo no decorrer do desastre e em muitas vezes os profissionais e gestores se sentem sem apoios institucionais que fortaleçam as ações e decisões tomadas.

(...) apoio institucional a longo prazo... Acho que, em relação ao estado, em relação ao Ministério, a gente teve um apoio grande no início. Hoje a gente tem um apoio, principalmente a partir da Câmara Técnica, mas muito dos setores de vigilância... na Saúde Mental a gente tem um distanciamento mesmo dos outros níveis, né... dessa questão a longo prazo, que as pessoas acham que a tendência é normalizar, né? No nosso caso a gente vê aqui que as coisas têm se agravado... São tipos de intervenções diferentes... mas são demandas que não param, né? São demandas que vão mudando... (...) a gente além de não ter supervisão e capacitação, não tem o apoio institucional também... (...) institucional que eu falo é dos níveis, né? (...) Fica um trabalho mais solitário aqui dentro do município mesmo. (Mariana 5)

Apresentaremos a seguir um quadro síntese dos aspectos que foram citados de forma mais específica acerca das três dimensões, ou seja, em que demarcaram as dimensões *individual, comunitária e institucional*.

¹⁶ ABEP: Associação Brasileira de Ensino de Psicologia. “É uma entidade de âmbito nacional, que tem a sua natureza institucional voltada para a reflexão, o desenvolvimento e o aprimoramento da formação em Psicologia no Brasil”. (Fonte: <http://www.abepsi.org.br>).

FACILITADORES para a chegada de ações psicossociais nas três dimensões		
INDIVIDUAL	COMUNITÁRIA	INSTITUCIONAL
Ouvir suas demandas	Entender como se organizam em relação às suas necessidades e que muitas podem se autoadministrar	Propiciar a chegada de equipes para escutarem as demandas dessas instituições.
Maior oferta de atendimento	Ida de equipes às comunidades, que pudessem trabalhar questões psicossociais e escutar as demandas da comunidade	Entendimento de que outras instituições possam fazer o trabalho delas
Conhecimento	Compreensão de que existem diferentes comunidades dentro de uma comunidade, com linguagens e contextos diferentes, que precisam ser considerados na atuação	Ter uma equipe específica para atender os afetados/atingidos
Empatia de quem oferta as ações	Empatia de quem oferta às ações	Empatia de quem oferta as ações
Credibilidade institucional	Credibilidade institucional	Credibilidade institucional
OBSTÁCULOS para a chegada de ações psicossociais nas três dimensões		
INDIVIDUAL	COMUNITÁRIA	INSTITUCIONAL
Falta de comunicação	Falta de comunicação	Falta de comunicação
Falta de capacitação dos profissionais	Falta de acesso	Formação biomédica que não pensa a saúde de forma ampliada
Falta de conhecimento dos atingidos	Resistência	Relação público-privado
	Falta de segurança no local afetado	Processos de reparação e compensação lentos e arbitrários
	Falta de recursos logísticos	Vaidades institucionais
		Falta de alinhamento
Resistência em função do sofrimento		Resistência e individualização
Carência de equipe capacitada no país	Carência de equipe capacitada no país	Carência de equipe capacitada no país

Quadro 7: Facilitadores e obstáculos para a chegada de ações psicossociais nas três dimensões (individual, comunitária e institucional). Fonte: Elaboração própria. Síntese das entrevistas. Retrata a percepção dos entrevistados a partir de suas práticas.

Além da pergunta sobre facilitadores e obstáculos para chegada de ações psicossociais nas dimensões individual, comunitária e institucional, foi perguntado aos entrevistados **quais seriam facilitadores e obstáculos para que essas três dimensões promovam essas ações. Elas como geradoras de ações psicossociais.** Os entrevistados mencionaram, baseados em suas práticas e experiências, que os seguintes aspectos têm sido **facilitadores**: empoderamento de cada uma das dimensões e reconhecimento de que podem ser agentes promotores de ações psicossociais; existência

de agentes de mobilização dentro das comunidades; compartilhamento de informações entre as equipes; conhecimento do território; estabelecimento de vínculos entre indivíduos, comunidade e instituições; coletivos formados pelos atingidos que dialogam entre si, como o Jornal “A Sirene” e o ato “Um Minuto de Sirene”¹⁷, em Mariana; conexão à fatores de proteção e de direitos pelos indivíduos e comunidades, como religião, música, fóruns, associações, etc.; entendimento de quem recebe o apoio de que os profissionais também são afetados e precisam de cuidado e do fortalecimento da rede de cuidados; comunidades e instituições estarem integradas ao mesmo objetivo, com intersetorialidade e integralidade; indivíduos se reconhecerem como participantes do controle social; compreensão pelas três dimensões de que o desastre é maior do que o sofrimento individual. Destacamos abaixo algumas falas que explicam parte desses aspectos:

*(...) eu não consigo ver muito dividido. (...) Até porque se a gente dividir vai acontecer o que já vem acontecendo no Brasil, né, que do meu ponto de vista são os maiores equívocos, quando a gente individualiza toda a estratégia de cuidado, né? Parte do princípio de que o indivíduo sozinho precisa de ajuda, né, e não necessariamente um cuidado coletivo pode auxiliar. E existem pessoas que vão precisar de cuidado individual? Sim. Mas felizmente a experiência empírica (sic) tem mostrado que (...) **felizmente não é a maior parte da população que precisa de um cuidado individual. A maior parte da população se beneficia sim de uma rede sócio afetiva cuidando...** [grifo nosso]. Então se as instituições que queiram conformar estratégias que sejam mais coletivas de cuidado, e consigam enxergar sim o sujeito dentro do coletivo, mas que esse cuidado se inicie sim num cuidado coletivo, talvez facilite muito a gente reinverter a pirâmide... porque hoje a gente no Brasil, pelo menos, a gente começa cuidando do indivíduo por um coletivo e não o contrário. E eu acho que a estratégia está bastante equivocada... pelo menos tenho percebido nesses últimos desastres que eu acompanhei, principalmente... a Região Serrana do Rio... **me parece que a gente inverte a demanda, né? A gente individualiza ao invés de primeiro tentar fazer uma escuta coletiva e trazer as pessoas para dentro da conformação da estratégia...** Parece que a gente já parte do princípio que já estão todos traumatizados e que de alguma forma precisam de um cuidado individualizado. (...) E eu acho que talvez seja aí a grande dificuldade que a gente tem... **que é de compreender o desastre como algo muito maior do que um sofrimento individual.** [grifo nosso]. (MSF 2)*

O que vai facilitar desse indivíduo para comunidade e pras instituições é ele também aprender a ter voz. Ele tem que saber também como que ele afeta a comunidade dele. Ele afeta quando ele cria um tumulto? Ele afeta quando ele vai a... a comunidade e diz, “precisamos nos organizar pra pedir a prefeitura pra trazer a Saúde Mental pra cá”? (...) A gente tem aqui um movimento, (...) associação das mulheres rurais. Nossa, elas tocam um barulho bacana! Elas reivindicam melhorias na assistência a mulher nos postos de saúde da área rural, mas elas precisaram se fortalecer e elas precisaram entender o que elas precisavam individualmente e como grupo de mulheres que trabalham naquela área. Então, individualmente, uma pessoa para agir dentro de uma comunidade, ela precisa se empoderar como indivíduo. Ela não pode ser alguém que fale um discurso... que não tenha uma (...) uma reverberação. (Friburgo 3)

¹⁷ O ato “Um Minuto de Sirene” ocorre todo dia 05 de cada mês em Mariana. Uma sirene ecoa durante um minuto, lembrando o dia do rompimento da barragem do Fundão em 05 de novembro de 2015. Ocorre geralmente na Praça da Sé, no centro de Mariana. Na ocasião, os atingidos elaboram um manifesto, de acordo com o momento e contexto em que estão, seja de denúncia ou apoio a alguma situação. Além disso, são distribuídos exemplares do jornal “A Sirene”, que são publicados todo dia 05 de cada mês.

Já em relação aos **obstáculos** para que as três dimensões gerem ações psicossociais, foram mencionados: falta de consciência política; individualização (comunidades e instituições fechados em seus conhecimentos e capacidades); falta de comunicação; cansaço, responsável pelas intervenções ter papel político-econômico grande (caso de Mariana); envolvimento de muitos atores na intervenção; burocracia; instituições de pesquisa invasivas; estigma dos atingidos; falta de conhecimento; mídia; falta de confiança entre os três níveis (individual, comunitário e institucional).

(...) que dificulte acho que é estigma. Acho que é (...) o não conhecimento de algumas coisas... de saúde, por exemplo, de saúde mental, de saúde física... por exemplo, o que contamina, ou quando precisa de isolamento... então o desconhecimento das causas acaba atrapalhando um pouco... (...) nem todo mundo também está aberto a querer saber, né, porque existe já uma crença muito grande já de alguma coisa seja religiosa, né... já tem aquilo formado... e fica com aquilo... então, se deixar para eles organizarem assim sozinhos, eu acho que... é um trabalho a longo prazo, onde você precisa ter a certeza de que todo mundo fala aquela língua, senão vai ter uma crise de novo... (MSF 1)

*(...) eu acho que o maior obstáculo, né, o maior entrave que poderia haver é justamente essa falta de alinhamento. (...)Era cada um fazer uma coisa, tanto a instituição, quanto à própria comunidade, quanto cada indivíduo. **Cada um tentar agir por si só. Porque aí você perde. Você perde a força que existe na integralidade** [grifo nosso]. Eu acho que isso é o maior obstáculo. É os indivíduos se fecharem só na sua boa vontade...as comunidades acharem que num momento de desastre elas podem ser autossuficientes ou precisam [ênfase] ser 100% dependentes só da ajuda de fora...e das outras instituições delas se fecharem naquilo que elas acham que detém de conhecimento. (CVB 3)*

(...) do grande número de pesquisas, do excesso de pesquisas, de pessoas querendo falar com eles, né? E aí a mídia também... de pessoas querendo falar com os atingidos... (...) e das instituições de pesquisa que muitas vezes eu acho que são muito invasivas. Chegam aqui, querem conversar, querem conversar a todo custo e às vezes as pessoas ficam muito mobilizadas com isso. (...) esse diagnóstico descontextualizado, né... numa perspectiva muito diferente do que tem sido trabalhado aqui... um diagnóstico de Saúde Mental que não conversa com a equipe de Saúde Mental que está atendendo, né... (Mariana 5)

O problema é que as pessoas não sentam para conversar, elas conversam com o outro sobre o outro... (...) entende? Sobre você com o outro e não sobre você com você... (CVB 5)

*(...) acho que à nível institucional, é muito complicada essa questão de muitos atores envolvidos, né... [grifo nosso]. Então a gente teve muita dificuldade às vezes de desenvolver ação e ver que a Renova estava colocando uma empresa dentro da escola... porque aí a gente tem, né, a leitura aqui... A leitura da Secretaria de Educação (...) em muitos momentos não foi a mesma, né... (...) são várias outras... assessoria técnica, tem o MAB... (...) **na verdade, ter vários atores deveria ser um potencializador, mas toda a fragmentação e dificuldade de diálogo e articulação e inclusive muitas vezes demandas diferentes, né...**(...) acho que eles estão relacionados com várias instituições... aí acho que teria que analisar até onde é interessante e até onde não, porque para a saúde mental deles, (...) **acho que em algum momento é uma confusão também, tantos atores envolvidos...** [grifo nosso]. (Mariana 5)*

Esse aspecto da multiplicidade de atores envolvidos já foi discutido nesta tese, quando referenciamos os sete princípios da resiliência apresentados pela Universidade de Cambridge em 2009 (www.stockholmresilience.org/applying-resilience). Entendem a promoção da governança policêntrica como um dos princípios para construção da resiliência, mas que pode causar tensões devido ao número de atores envol-

vidos. (idem) Este foi o caso de Mariana, trazido por muitos entrevistados, reforçando esse entendimento. Muitos atores institucionais com linguagens e interesses diferentes, incluindo aqueles que atuavam fora da perspectiva das políticas brasileiras.

No que tange às legitimações das condições de saúde dos atingidos pelo setor saúde, verifica-se uma incoerência e em certos casos, arbitrariedade, na relação entre justiça e saúde. Muitas vezes a própria judicialização adoce quem a convocou, porque é atravessada de injustiças, arbitrariedades, contrassensos. Um exemplo disso é a necessidade de provar que é um atingido, trazendo uma discussão sobre o ônus da prova. O próprio indivíduo adoecido precisa provar seu adoecimento e seus direitos. Essa legitimação, essa necessidade difícil e custosa de provar que está atingido ou está doente tem sido recorrente no caso dos atingidos de Barra Longa, município próximo a Mariana que foi atingido pelo desastre e hoje revela um cenário onde os atingidos precisam comprovar judicialmente a relação entre seus problemas respiratórios e o desastre. Precisam provar na justiça que têm direitos e que foram atingidos diretos, como já discutido nesta tese¹⁸.

Em relação à mídia, frisamos que esse foi citado como dificultador tanto em Nova Friburgo como em Mariana. No caso de Mariana, por exemplo, apesar de o município não ter sido colapsado, o entendimento dos que estavam fora da cidade era de que a mesma havia sido destruída. Foi preciso divulgar diversas vezes para a mídia que a cidade não havia sido soterrada pela lama, e sim alguns distritos. Os entrevistados contam que a imprensa atrapalhou bastante o trabalho, pois entendiam que o número de mortos com o rompimento estava sendo abafado. Essas e outras questões, como a ida à Arena e aos hotéis para acesso à população, também foram considerados danosos, tanto para os profissionais que prestavam apoio como para os atingidos.

Avaliamos que a mídia, assim como outros fatores, atua muitas vezes como estressor secundário nesses cenários. Lock et.al. (2012) definem esses estressores como “*circunstâncias, eventos ou políticas que são indiretamente relacionadas ou não-inerentes e consequenciais*” ao evento extremo. (LOCK et.al., 2012, p.2) - tradução nossa). Além da exposição a reportagens da mídia negativa, citam como exemplos de estressores secundários o impacto do valor das moradias, abuso físico e mental, perda de rede social e falta de acesso à saúde e atenção psicossocial (idem, 2012).

¹⁸ Vide páginas 172 e 225.

No início, não precisa nem falar, né, assim, o tanto que a mídia complicou nossa atuação... (...) da gente ter que tirar repórter que queria tirar foto das pessoas dormindo na primeira noite... da gente ter que falar “Opa, o que que você está fazendo aqui, né? Assim, as pessoas estão querendo, estão tentando ter o mínimo de descanso... (...) a partir de domingo que sem tem mesmo uma dimensão “Olha, não é de uma proporção... (...) o número de óbitos provavelmente vai ficar dentro desse número...”, (...) porque naquele momento a imprensa já falava que as pessoas estavam escondendo o número de mortos... é... tinha toda essa questão (...) por trás, assim... e aí já começa, a... dentro da Secretaria já começa a ter essa dimensão, né? Se o número de óbitos é esse, os feridos mais graves são poucos casos, né, assim... (Mariana 5)

9. Lições aprendidas:

Neste tópico apresentamos o que foi levantado nas entrevistas como lições aprendidas pelos entrevistados no apoio psicossocial em desastres. A partir de uma análise geral das entrevistas, destacamos pontos em que os mesmos identificam situações aprendidas em suas práticas. Importante frisar que não houve uma pergunta direcionada neste sentido e que o que será exibido a seguir parte das análises e percepção da pesquisadora diante do que foi falado nas entrevistas. Estão sendo considerados como lições aprendidas nesta análise aqui os erros e acertos vivenciados e observados pelos entrevistados. Que ações não repetiriam? O que acham que deva ser difundido e multiplicado?

Primeiramente, há um entendimento dos entrevistados em geral, de que cada contexto deve ser avaliado antes da replicação de qualquer protocolo e que as realidades e conjunturas são específicas. Um aspecto central que atravessa as falas é a constatação de que a perda em desastres ultrapassa o que é visível. Com as devidas distinções, as experiências apresentadas têm esse aspecto comum no aprendizado em contextos de desastre.

O desastre como processo:

Importância do entendimento de que o desastre não se resume ao dia do evento propriamente dito. Alguns entrevistados mencionaram que esse reconhecimento é fundamental para a atuação e para a formulação de estratégias de ação.

O desastre ele não acaba naquele momento ali, tá? Ou não acaba dois anos depois, três anos depois. O desastre ele tem reflexos por vários e vários anos tá? Tanto psicologicamente, como biologicamente, como socialmente, tá? E, um exemplo que eu dou é a situação ainda em Friburgo, estamos em 2018 e a gente ainda tem casas aí, esqueletos de casas aí abandonadas, que nada é feito e continua proliferando praga, proliferando rato, proliferando cobra, mosquito, então eu acho que isso deve, pelo gestor, isso deve ser feito, visualizado de outra forma, entendeu? Então eu acho que o desastre ele não acaba naquele momento ali, ele se perpetua por um grande tempo. Um longo tempo. (Friburgo 1)

**Distância temporal do evento fazendo as pessoas e redes se desarticularem;
Estabelecimento e fortalecimento de redes intersetoriais mais em função das re-
lações pessoais do que propriamente das relações institucionais:**

No processo do desastre, existe a tendência à uma desartilação das redes que foram criadas e fortalecidas na fase da resposta. Essa foi uma lição aprendida por uma das entrevistadas de Nova Friburgo e que gerou reflexão da mesma sobre as formas de retomar essas trocas e parcerias. É preciso pensar em estratégias para a manutenção dessa rede articulada, mesmo sabendo das dificuldades da permanência de alguns serviços quando não há adesão e apoios institucionais de órgãos que os financie. Em muitos casos, esses serviços se mantêm por redes e laços criados nesses contextos de atuação, pontuais, e que são interrompidos com a saída dos profissionais desses espaços. Isso mostra que não há, na maioria dos casos, uma concretização das ações, de modo que as torne fixas e duradouras, independente de quem esteja à frente:

*(...) naquele ano de 2011 até 2012 a gente tinha um trabalho muito mais integrado para a preparação das questões de desastre e isso foi se perdendo na medida que essa distância temporal do evento vai se dando...e as pessoas vão meio que esquecendo, esquecendo, esquecendo... (...) a gente teve... essa... essa parceria com as três esferas do SUS foi muito importante...foram parcerias que ficaram, né? Agora a Secretaria de estado botou bastante gente, mas o tempo que aquelas pessoas que atuaram aqui estavam... tanto no Ministério quanto no estado... eu acho que, talvez porque a gente tenha vivido coisas muito intensas junto, nós tínhamos uma rede. Mas aí é isso. **Eu acho que era mais uma rede de pessoas do que institucional** [grifo nosso]... na medida que essas pessoas também foram saindo dessas instituições... (...) do que a gente viveu naquele momento, eu acho que a gente não, não... eu pelo menos não estou conseguindo... é... identificar nenhuma rede que tenha permanecido. (Friburgo 2)*

Atuação nos desastres inclui intervenções que não estão no script:

Esse aspecto fala da percepção de um dos entrevistados de que o desastre convoca ações que ultrapassam o que está previsto e pré-determinado em diretrizes. Apesar da importância de uma capacitação para a atuação na área, o contexto de desastre exige dos profissionais ações de diversas naturezas e dimensões, fazendo com que pensem nos mais diversos determinantes que interagem no espaço, nas coletividades e sujeitos.

Importância das parcerias e contatos com o meio acadêmico e órgãos ligados ao desastre e a saúde:

Uma lição aprendida por um dos entrevistados no contexto de desastre, diz

respeito à importância de manter contato com pesquisadores da área e com o meio acadêmico, para que se construa estratégias a partir da experiência dos que têm se debruçado no estudo da temática e, também, para que não se sintam isolados, especialmente na fase pós impacto.

(...) Eu até acho que hoje, se não fosse uma relação que a gente tem boa com o pessoal do Ministério da Saúde, do Vigidesastre, com o CEPEDS, né...com, com pesquisadores... (...) eu acho que a gente se sentiria muito isolado de discutir esse tema... Como eu acho que devem ter municípios na região que acabam não discutindo mais esse tema e se sentiram um pouco isolado, né? (...) Aqui, de alguma forma isso aconteceu. (...) primeiro comecei a querer entender melhor esse processo de desastre, o que que era isso, né? Porque que tinha acontecido daquela maneira tão... impactante aqui, né? E então eu sai um pouco (...) pra compreender melhor. (...) a gente foi buscar apoio nas instituições como a Fiocruz...e até apoio mesmo ao Ministério. O Ministério da Saúde e o Vigidesastre sempre apoiou. Então assim... eu sempre participo de oficinas do Ministério da Saúde, questões na Fiocruz... isso nos dá um certo respaldo pra falar alguma coisa. Mas a gente tem que estar sempre amparado por uma instituição maior, porque senão... só a gente falando (...) não tem eco. (Friburgo 2)

Oferta de muito especialismo, deixando de ouvir o básico, o essencial:

O especialismo e tecnicismo dos profissionais que atuam em desastres, quando colocados à frente das demandas vindas dos próprios afetados/atingidos, foi citado como lição aprendida. Muitos profissionais acabam aprendendo esse aspecto na própria prática, a de que as necessidades nesses contextos são muito peculiares.

*A gente ouviu muito e viu muito assim... “ah, o senhor tem que fazer isso, o senhor tem que fazer aquilo”. A gente não ouvia ele. Então assim, “o que o senhor quer? Qual é a sua necessidade?” Às vezes, a necessidade dele era pequena e a gente ficou ali, meio que num assistencialismo na Psicologia, foi muito danoso. (...) Então eu acho que o básico para essas pessoas... (...) **Como a gente sabe que acontece quando perde alguém, a gente tira todas as fotos da casa, né? Não se fala mais nisso, virou uma florzinha, uma, uma estrelinha né? Como essas pessoas se calam, a gente precisa dizer pra elas assim, “Qual é a sua necessidade em saúde? O que você precisa? [grifo nosso]. Só isso. Isso é o básico. (...) a gente precisou entender o que o profissional de Psicologia ia oferecer para aquela pessoa que estava no ponto de apoio. Não era para falar sobre a vida dela, não era pra falar sobre a família dela, não era aquela análise psicanalítica nem de terapia comportamental. Era uma escuta de uma dor que foi uma dor drástica, vinda do nada e que, inicialmente a gente precisava acolher essa dor e trabalhar resiliência. Então foi um aprendizado pra todos nós, mas um aprendizado feito na prática. Então não foi fácil. (Friburgo 3)***

Fé e crença na vida, mesmo com laços afetivos, simbólicos e materiais rompidos:

Em meio às perdas ocasionadas pelo desastre, a fé e a crença na vida foram identificadas como forças mobilizadoras para o seguimento e enfrentamento da situação, levando alguns entrevistados a compreender em suas práticas que as experiências particulares dos que experienciam um desastre e as construções de sentido, devem ser valorizadas.

Eu comecei a perceber que aquela abordagem religiosa que da mesma forma estava tentando... fazer com que as pessoas se sensibilizassem com a tragédia, fazia com que as pessoas acreditassem que se eles estão vivos, é porque existia um propósito para a vida deles. E que eles tinham que agradecer a Deus e continuar vivendo. E isso era o discurso da maioria. E aí eu percebi o quanto o apoio da capelania dos desastres é importante... não para fazer o papel do psicólogo, mas para atuar em paralelo. (...) porque quando tudo termina, tudo acaba, a fé não pode acabar. (...) seja no que for, até num amuletozinho para dar sentido. Num galho de árvore que sobrou lá... enfim... não importa. E eu via isso, a crença na vida. Isso me chamou muito a atenção. [grifo nosso]. E me chamou a atenção a questão das pessoas que tinham perdido tudo [ênfase]. Não tinha casa, não tinha família, não tinha nada. Porque a gente sabe que quando os vínculos afetivos são rompidos, o medo, o risco da pessoa desistir de viver é muito grande. (CVB 2)

Entendimento de que, num cenário de desastre, não se trata de células ou setores, isolados, mas um sistema:

Outro aprendizado citado foi a importância de se trabalhar em conjunto, considerando a atuação como sendo um sistema com múltiplos atores reunidos, com saberes compartilhados, e não setores separados trabalhando paralelamente. Houve o entendimento de que não é possível se trabalhar, dentro de um contexto de desastre, na lógica de células, de lugares fragmentados.

A Saúde Mental trabalha, a Assistência trabalha... A gente entendeu que a gente precisava fazer essa interlocução. Isso a gente aprendeu, isso ficou. (...) Isso eu posso dizer que a gente deu conta e hoje em dia ninguém mais fala “Isso é da Saúde Mental”. A gente fala, “Isso é do serviço público”. É da Assistência, é da Saúde Mental, é da Saúde do idoso, da Saúde da mulher. Entendeu? Isso a gente conseguiu entender. (Friburgo 3)

Feeling para o cuidado:

Mencionado por diversos entrevistados, o *feeling para o cuidado* foi observado em suas atuações como representativo dos limites das diretrizes e, principalmente, da sensibilidade no reconhecimento das necessidades dos afetados/atingidos:

(...) uma coisa que eu sinto atualmente no trabalho, quando a gente pensa no protagonismo dos sujeitos que estão nesse processo... a gente chegou... (...) numa insegurança e num escuro absurdo. Então o que a gente começou a construir foi (...) a partir dessas leituras, no feeling. (Mariana 4)

Força do movimento social e especificidade do desastre tecnológico:

O contexto de um desastre tecnológico promoveu ensinamentos aos profissionais, evidenciando a importância da força coletiva, através da participação comunitária na construção de estratégias de recuperação e no fortalecimento de direitos.

(...) têm alguns atingidos que estão mais a frente, assim... aí tem essa produção de documentário, eles acabam fazendo alguns atos... (...) a retomada de algumas atividades, por exemplo, principalmente as

religiosas, que tem uma força muito grande na comunidade...então as festas do padroeiro, as festas juninas, elas acontecem... por exemplo, antes elas aconteciam muito onde foi atingido, agora eu já vejo um movimento de acontecer na área que vai ser reassentada. (...) muito diferente, por exemplo, do relato que a gente ouviu lá do Terra Nova... (...) uma construção de prédios e que as famílias foram enfiadas... Eu não sei como é que vai ser o final disso tudo, porque é muito incerto, né? Mas eles têm participado de uma forma bem mais ativa... da compra do material de construção, e aí eu acho que vem muito da especificidade do desastre, né, de ter um causador... mas também da força do movimento social, da assessoria técnica... [grifo nosso] (Mariana 4)

Importância da capacitação e formação:

Mencionada como obstáculo para a efetividade das ações psicossociais, a falta de capacitação na área gerou reflexão e aprendizado entre alguns entrevistados. Diante do risco da sobreposição de danos em virtude dessa carência, a própria forma de lidar com o luto e o cenário de múltiplas vítimas, produziu lições.

Construção da experiência no terreno:

Uma das lições aprendidas mencionadas por alguns entrevistados, foi a de que é preciso que o profissional “*se revise o tempo inteiro*”. O contexto de desastre convoca a todo momento essa reflexão, a quebra de paradigmas e pensamentos pré-estabelecidos. A construção da atuação e da experiência é estabelecida no terreno.

(...) você precisa se visitar o tempo inteiro, né? O outro... eu uso isso... o outro ele te convoca (...) a um lugar o tempo inteiro... e isso é cansativo, isso é triste, isso é feliz... [grifo nosso]. Todas as emoções vêm num curto período... a primeira missão foram seis meses na Faixa de Gaza... eu era psicóloga lá, então eu prestava atendimento clínico. atendimentos clínicos, e psicoterapia breve para os afetados pelo conflito... (...) o segundo também... muito duro... que foi no campo de refugiados em Dadaab, Dagahaley, que naquela época, em 2011, era o maior do mundo... que eu supervisionava uma equipe, né, da área de Saúde Mental... então eram visitas domiciliares, era exatamente (...) reduzir os medicamentos para então começar. (...) nunca teve um psicólogo lá naquele terreno, eu fui a primeira... (...) foi uma experiência bem difícil também, porque a gente não imagina que alguém não saiba o que é um psicólogo, né... nossa ignorância achar que... nossa, ocidental, né... é o que eles precisam, mas aí chega lá... “Não, não é o que a gente precisa...” Então... a construção foi... foi difícil, mas também foi bem bonita. (MSF 1)

Reflexão sobre a necessidade de registrar as ações realizadas:

A falta de registros dos fluxos de atendimento e das ações empregadas, citada como um obstáculo por alguns entrevistados, é trazida também como lição aprendida. Apesar de ser uma prática recomendada pelo IASC, como já referido, os registros muitas vezes não são feitos em função da grande demanda de atendimentos e talvez por uma falta de cultura no país em se estabelecer esses registros e histórico. Além disso, essa documentação favorece uma sistematização e multiplicação de ações exitosas e difusoras, quando nas interações com outros setores. Expressam a deficiên-

cia na gestão do conhecimento.

*Acho importante a troca... “Como que vocês estão fazendo?”, “O que que está acontecendo aí?”. É, eu acho excelente, porque é algo novo, né? (...) é algo que a gente vai aprendendo na medida que a gente vai fazendo... infelizmente. Então o que a gente faz aqui pode contribuir para o outro lá. E o que a gente fez que não estava dando tão certo... Como que foi o atravessamento que foi difícil aqui... que a gente pode contribuir. (...) acho que a gente tem que fazer isso. É contribuir mesmo... para poder, né, ter coisa escrita para a gente estudar depois... eu acho que é esse o objetivo, né? E a gente que fica muito no campo, né... eu fico observando... a gente às vezes não pára para escrever.... (...) **Tanta coisa que a gente tem que fazer (...) e a gente vai fazendo e vai deixando... Essa gestão do conhecimento é que a gente não faz no serviço público.** [grifo nosso] (Mariana 3)*

10. Recomendações para o aprimoramento do campo:

Finalizamos esta etapa e os resultados deste estudo apresentando algumas recomendações dos entrevistados durante as entrevistas. Como forma de contribuir para o aperfeiçoamento da área de apoio psicossocial em desastres, destacamos algumas considerações que julgamos importantes. Como no tópico anterior, não houve um direcionamento nas entrevistas para essa questão, ou seja, não foram feitas perguntas específicas sobre as recomendações. O conteúdo foi sendo levantando nas análises.

Uma sugestão levantada durante as entrevistas, foi a do uso de coletes de identificação padronizados a serem utilizados pelos profissionais de saúde da rede pública. Em situações como a de um desastre, onde diversos dispositivos atuam conjuntamente, parece haver, segundo uma das entrevistadas, uma falta de conhecimento e de entendimento do que é o Sistema Único de Saúde e de sua abrangência, principalmente o de que os dispositivos da atenção primária estão vinculados ao Ministério da Saúde e que compõem o SUS.

Outra sugestão que destacamos é a necessidade de o setor saúde ser mais ouvido pelos demais setores na gestão de desastre. Nota-se, segundo alguns entrevistados, a procura pelo setor saúde, de forma geral, quando para a resolução de questões de caráter mais logístico e menos nas questões de saúde que atravessam o processo de prevenção, resposta e recuperação em desastre, como abrigo e reassentamento, por exemplo. Além disso, recomenda-se que o próprio setor saúde se faça presente e circule mais entre os demais setores e nos territórios, não esperando que os usuários venham até ele e/ou que sejam acionados e demandados. Essa recomendação foi levantada como condicional para a promoção da saúde nesses cenários.

(...) porque quando a gente fala em promoção da saúde, até na estrutura do SUS, tem gente que vira a cara... ela precisa ser fortalecida pra estar presente nessas instâncias de discussão. (...), mas nós não somos ouvidos, sobretudo na questão da promoção da saúde! Você fala de determinante sociais e tal...

é muito complicado. Mas eu acho que a gente tem que brigar por isso (Friburgo 2)

Outro aspecto é a construção de grupos de conversa ou grupos operativos em espaços comunitários, através da Estratégia Saúde da Família (ESF). A distribuição de grupos de trabalho foi uma sugestão levantada, indicando que a localização do trabalho para a população deve ser estratégica, para que seja viável o deslocamento das pessoas e elas queiram participar desses trabalhos. Esses grupos seriam um espaço para que as pessoas afetadas/atingidas pudessem falar do evento e como conseguiram lidar com o desastre. É recomendado a partir de uma perspectiva que aborde a saúde e não a doença.

Outra recomendação levantada foi a elaboração de um protocolo no nível da recuperação, já que os principais protocolos não aprofundam as questões de longo prazo. Apesar de abordarem o acompanhamento longitudinal no desastre, não há um aprofundamento sobre essas questões. Essa recomendação mostra a dificuldade de se traçar ações nos contextos de desastre, devido aos vários atravessamentos que se colocam e que precisam ser estudados e aprofundados. Naturalmente, os protocolos existentes não darão conta de todas as necessidades. Por mais que se tenha um plano de ação, cada desastre, cada contexto fará daquela situação uma situação distinta. Isso mostra a complexidade do trabalho em contexto de desastre, não só do apoio psicossocial.

(...) os protocolos não trazem dessas questões, não falam dessas questões a longo prazo... apesar da gente ter experiências que falam disso, né... não sei como trazer isso para um protocolo também... acho que é um desafio. Acho que é um desafio... pegar essas várias experiências de trabalhos a longo prazo para transformar em orientações gerais... porque eu vou falar do que serve para Mariana serve para todo mundo? Não serve, né? Não é para todo mundo, mas são experiências que fazem muito sentido para vários contextos semelhantes, né... (...) então acho que é um desafio construir um protocolo a esse nível, mas seria interessante sim. (Mariana 5)

Destacamos como recomendação para o campo e em especial para a área de Psicologia, a importância de se estar capacitado para atuar. Não se trata, como menciona um dos entrevistados, de uma capacitação apenas no nível técnico, mas subjetiva. Uma sugestão é a de que a capacitação evidencie no profissional que atuará nesses contextos uma consciência de seus limites naqueles espaços e o reconhecimento de que tem ou não perfil para atuar nesses cenários. Além disso, foi recomendado que seja feita uma revisão pelo Conselho Federal de Psicologia, do artigo 1º, letra d, do Código de Ética Profissional do Psicólogo, que apresenta como um dos deveres fundamentais da categoria a prestação de serviços profissionais em situação de emergên-

cia. (CFP, 2005; CFP, 2016). O item do Código de Ética, como já mencionado anteriormente nesta tese, parece estimular o(a) psicólogo(a) a agir sem precedentes nesses casos, como um ato intrínseco a própria atuação do psicólogo, o que não é o caso. A forma com que a informação é exibida no documento, sem uma apresentação dos condicionantes para essa atuação, pode estar acarretando um entendimento distorcido de como essa atuação deva ser e um movimento grande de profissionais despreparados quando na ocorrência de emergências e desastres.

Este estudo evidenciou as consequências do grande número de voluntários, especialmente psicólogos, nesses cenários, aparecendo como um dificultador e até obstáculo para a promoção de ações psicossociais. Portanto, essa recomendação da revisão especificamente, nos parece coerente com os cenários e experiência apresentadas. Esse aspecto ganha ainda mais relevância quando são levantadas pelos entrevistados, as lacunas nos cursos de formação em Psicologia no país. O profissional é formado sem que passe em sua trajetória acadêmica por questões relativas a esses cenários de emergências e desastres. Nesse sentido, também foi recomendada a inserção de disciplinas sobre gestão de riscos de desastre e Psicologia das Emergências e desastres nos cursos de formação.

A importância de se estar capacitado, não só tecnicamente, mas subjetivamente... você tem que respeitar seus limites. O que a gente vê de psicólogo que vira vítima dentro do desastre, é uma enormidade... psicólogo que atuou em desastre e depois largou a profissão, uma enormidade... e eu acho que é até uma coisa que precisa ser revista... (...) é uma coisa que o Conselho Federal de Psicologia precisa rever... aquele artigo “Atuar de forma voluntária em situações de catástrofe”. Não. Tem que estar capacitado para isso. Não é simplesmente largar tudo e “Vou lá atuar, sem visar fins lucrativos...”. Tem que estar capacitado. E é uma capacitação que só a formação te dá. (...) É uma recomendação... (...) que o CFP ele reveja essa questão do psicólogo atuar dentro de desastre. Claro que a Psicologia... (...) é abrangente, mas... eu, pelo menos, eu não vi Psicologia na gestão em emergência e desastres dentro da faculdade. (CVB 5)

(...) Como a gente não tem formação no Brasil, não tem hoje nenhuma universidade que você pode dizer que tem num currículo inserido (sic) uma formação de atenção psicossocial, Saúde Mental em desastres, principalmente na GRD, né? (...) Quando eu falo em Gestão integral de riscos de desastres, eu acho que nunca ouvi nem falar nas universidades. Talvez duas ou três tenham começado a produzir cursos, mas ainda assim são todos esporádicos, disciplinas opcionais... (MSF 2)

Por fim, uma recomendação que trazemos, baseada nas análises, na literatura e no que foi observado, é a de que os serviços que atuam no apoio psicossocial em desastres façam uso de uma estrutura comum de construção de indicadores, procurem registrar seus fluxos de trabalho, as ações realizadas que foram produtivas no contexto específico, as que não trouxeram resultados positivos e aquelas em que se apostou, mas que ainda não se obteve resultados concretos. Essa recomendação vai ao encontro do que recomenda o IASC no documento “*A Common Monitoring and Evaluation*

Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings” (IASC, 2017). O documento menciona que a variação abrangente de metas, resultados e indicadores nos diversos projetos de Saúde mental e Apoio psicossocial (SMAPS) que estão sendo realizados em todo o mundo, em cenários e contextos diferentes, têm dificultado a avaliação dos impactos dessas estratégias. O IASC se fundamenta no estudo de Tole et.al (2011) intitulado *Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings*. O documento do IASC chama a atenção para o fato de que não se espera que essas iniciativas de SMAPS que estão sendo executadas ao redor do mundo apresentem relatórios para cada indicador e meta, no entanto espera-se que o uso dessa estrutura comum seja mais utilizado e se estabeleça como um recurso padronizado. Os efeitos desse uso comum seriam a adoção de uma linguagem e compreensão compartilhados sobre as estratégias e condutas mais oportunas nos contextos de emergência e desastre (IASC, 2017).

7.4 Proposta de intervenção no apoio psicossocial em desastres: diretrizes a partir da análise geral do estudo

Este estudo revelou a dificuldade em se estabelecer um consenso acerca do multifacetado fenômeno que é um desastre. A partir do que foi discutido e construído nesta tese, entendemos ser oportuno apresentar nosso entendimento e definição do que venha a ser um desastre. Compreendemos que ele se caracteriza pela combinação dos seguintes fatores: a ocorrência de um evento físico de origem natural ou fruto da ação direta ou indireta do homem, em um ambiente vulnerável em sua capacidade de evitá-lo e que, conseqüentemente, afete sua rotina e estrutura. Sua ocorrência não se restringe ao dia do evento propriamente dito, gerando efeitos ao longo do tempo que não são mensuráveis e em múltiplas dimensões, tanto dos sujeitos como do ambiente.

Com base nessa definição, avaliamos que qualquer ação de apoio psicossocial deva levar em conta as vulnerabilidades (ambiental, estrutural, individual e coletiva), a perspectiva de acompanhamento a longo prazo, de forma contínua e com base nas necessidades locais demandadas pelos afetados/atingidos, valendo-se da capacidade comunitária para o enfrentamento das situações de disrupção que fazem parte desses cenários, de forma a restabelecer vínculos, a coesão social, a resiliência, a comunicação e a integralidade (tanto à nível transdisciplinar como das dimensões particulares dos indivíduos).

A tendência na área da Saúde de rotularmos os afetados/atingidos por desastres como necessariamente traumatizados, muitas vezes individualizando o cuidado, é um aspecto que deve ser continuamente revisto e avaliado pelos profissionais. A recomendação é a de que atuemos a partir de uma escuta coletiva, compreendendo o desastre como um evento que extrapola o sofrimento individual, que também deve ser considerado em sua dimensão simbólica, subjetiva e contextual.

Ao mesmo tempo em que destacamos o risco da psicologização e da medicalização nas ações de apoio psicossocial, identificamos que, em contrapartida, não podemos deixar de considerar a existência do sofrimento de quem vivencia um desastre. Ou seja, existe um risco nessa forma de condução que defendemos, de negarmos também o intenso sofrimento dos sujeitos, sofrimento este que pode levar ao adoecimento. Portanto, deixamos aqui a recomendação para que esses aspectos sejam sempre considerados nas estratégias de intervenção, de forma que não se revitimize ou, por

outro lado, desconsidere o sofrimento do indivíduo.

Nessa linha de pensamento, precisam ser considerados não só os afetados e atingidos, mas também os profissionais de saúde que, não por acaso, neste estudo foram os porta-vozes escolhidos para falar das necessidades, obstáculos e êxitos de ações que têm sido realizadas nesses contextos. Reforçamos a necessidade de valorização dos trabalhadores e de se considerar a saúde dos mesmos nas políticas e estratégias de intervenção, afinal são eles que, mesmo atravessados e impactados pelos desastres, atuam na prestação de socorro e suporte nessas situações.

Outro ponto que merece destaque é o complexo e paradoxal debate entre o que é do indivíduo e do coletivo. Ao mesmo tempo em que defendemos e identificamos que as práticas coletivas e comunitárias têm mostrado melhores resultados no enfrentamento aos desastres, e que a individualização nesses cenários pode ter um caráter particularizado que dificulta a compreensão das vulnerabilidades estruturais a que o Estado deve intervir, também é preciso pensar nos indivíduos enquanto partes constitutivas singulares do ponto de vista subjetivo. As discussões trazidas neste estudo possibilitaram a reflexão desse paradoxo e sua importância na construção e condução das ações de apoio psicossocial em desastres.

Promover saúde no apoio psicossocial em contexto de desastre de forma integral passa pelo reconhecimento do território e das necessidades locais, por intervenções baseadas nas dimensões que extrapolam o que é visível nos coletivos e nos serviços. Quando não considerados tais aspectos, corre-se o risco da intensificação das vulnerabilidades que o desastre expõem, da marginalização e da revitimização. As repercussões de uma intervenção psicossocial fragmentada ou pontual, focada em muitos casos na resposta e manejo de crise e menos na prevenção e recuperação, são processos de adoecimento evitáveis e a manutenção de vulnerabilidades.

A RAPS, enquanto rede de atenção psicossocial, apesar de atuar no país como operadora central nesses cenários, precisa ser pensada e estruturada com a inclusão de serviços específicos para o contexto de desastre, articulado diretamente com dispositivos da assistência social. A criação de equipes específicas se mostra uma boa estratégia para ações efetivas, considerando todas as fases de um desastre e a capacitação prévia dos profissionais que ali estejam inseridos. E nesse sentido, é fundamental a articulação com a Estratégia Saúde da Família na construção de estratégias, levando

em conta questões inter e transdisciplinares e a manutenção de vínculos e redes de apoio.

Além de equipes específicas para atuação psicossocial em desastres, mostra-se importante a criação de espaços prévios, constituídos com o objetivo de capacitar, orientar, informar e acolher a população e eventuais vítimas de desastres.

Como forma de trazer um instrumento prático que ajude a nortear as práticas de apoio psicossocial em desastres, em especial no Brasil, apresentamos a seguir uma síntese do que foi discutido neste estudo no que diz respeito aos aspectos mais relevantes para a condução das ações em cada fase:

Prevenção e Preparação
<p>Psicoeducação e campanhas educativas para a população em geral, em especial a que vive em áreas de risco, sobre participação social e conhecimento das estruturas sociais - realizar orientações sobre redução de riscos, uso adequado do solo, meios de proteção nos cenários de desastre, descarte de lixo, primeiros socorros, implicações do fazer local na sociedade mais ampla, coesão social, etc. Investir em educação formal e informal. Essas ações podem ocorrer em escolas, instituições públicas e privadas e através do meio de comunicação mais amplo. Aconselha-se que tenha caráter multidisciplinar, para a uma visão mais abrangente do contexto (Ex. psicólogos, professores, geólogos, médicos, pedagogos, enfermeiros, assistentes sociais, profissionais da defesa civil, dentre outros).</p>
<p>Considerar a capacitação de professores nas escolas, para preparação e atuação com crianças e adolescentes. Realizar ações preventivas também voltadas para idosos e pessoas com deficiência, dada a condição de vulnerabilidade maior desses grupos.</p>
<p>Educação continuada voltada para os profissionais que atuam em desastres e em toda Rede de Cuidados, de forma que as capacitações e orientações não sejam pontuais e apenas na fase de crise.</p>
<p>Parcerias entre o setor público, privado e terceiro setor na construção de estratégias preventivas. Formação de agentes multiplicadores, através dos NupDecs e outros dispositivos.</p>
<p>Formação de locais e equipes prévias, preparadas para atuação em desastres – Núcleos voltados para situações de desastres e emergências, onde a população possa recorrer para obtenção de informações, se voluntariar e receber auxílio em caso de desastre.</p>
<p>Cadastramento prévio de voluntários com e sem capacitação em banco de dados específico (rede de voluntários), para alocação devida nas situações que se fizerem necessárias.</p>
<p>Orientação e capacitação contínuas de toda a rede de cuidados de como intervir em caso de desastre – preparo prévio.</p>
<p>Proteção das infraestruturas de saúde.</p>
<p>Participação social mais efetiva na construção de políticas públicas.</p>
<p>Trabalhar a gestão do conhecimento, através de registro de fluxos e estratégias de ação.</p>
<p>Aumento e eficiência na fiscalização de empresas em geral no Brasil, notadamente na área de mineração.</p>

<p>Constituição e preparação de um grupo específico dentro da RAPS para atuação nesses cenários, com articulação direta com a Rede de cuidados.</p> <p>Preparação da Estratégia Saúde da Família para atuação nesses cenários, como ponto de referência de acesso às famílias e condução de estratégias de cuidado.</p> <p>Construir cidades mais resilientes, com base nas recomendações do Marco de Sendai e nos objetivos do desenvolvimento sustentável.</p> <p>Criação de um sistema integrado, efetivo, atualizado e utilitário sobre informações de desastres e boas práticas nesses cenários.</p> <p>Melhoria dos sistemas de monitoramento e alerta.</p> <p>Governança oferecer recursos estruturais e psicológicos aos trabalhadores, atentando-se para a prevenção de danos à saúde desse grupo e com articulação com os CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador).</p>
Mitigação
<p>Garantia da segurança das vítimas e demais pessoas que atuarem no local do evento.</p> <p>Oferecer os primeiros cuidados psicológicos (qualquer profissional, desde que capacitado).</p> <p>Orientação cuidadosa aos profissionais da Saúde Mental de que não necessariamente todas as pessoas precisarão de suporte psicológico no momento do desastre (“<i>Despsicologização</i>” da Saúde Mental), mas que deve ser feita uma triagem e encaminhamentos para os casos que demandem uma atenção especializada.</p> <p>Não realizar técnicas que possam aumentar os riscos de adoecimento futuro e que não sejam cientificamente comprovadas como eficazes.</p> <p>Oferecer comunicação clara sobre o evento, com base em orientações oficiais.</p>
Resposta
<p>Profissionais de diversas áreas acolherem o maior número de pessoas possível, com a maior qualidade possível, dando sempre prioridade àquilo que a população realmente necessita e abrangendo a dimensão biopsicossocial. Acolher conforme a necessidade e embasado em orientações que não revitimizem as pessoas afetadas//atingidas.</p> <p>Governança garantir que os primeiros cuidados psicológicos sejam realizados.</p> <p>Se utilizar da estrutura de cuidados já existente e acrescentar serviços e profissionais que se fizerem necessários à essa estrutura. Considerar a Estratégia Saúde da Família como elemento-chave no acesso à informações, restabelecimento de vínculos e condução de ações.</p> <p>Se utilizar da Força Nacional do SUS e do Vigidesastre como recursos estratégicos.</p> <p>Com base nas demandas, desenvolver a estratégia para aquele lugar específico, levando em conta a perspectiva sócio-política e cultura do local.</p> <p>Considerar as especificidades de cada desastre e local.</p> <p>Orientação aos profissionais em geral de que não necessariamente todas as pessoas precisarão de suporte psicológico no momento do desastre (“<i>Despsicologização</i>” da Saúde Mental). Entendimento de que a oferta de cuidado não necessariamente será dada por um psicólogo, mas ficar atento à casos que demandem um suporte e acompanhamento clínico de psicólogos e/ou psiquiatras.</p> <p>O apoio psicossocial precisa partir de uma concepção de clínica ampliada. A compreensão do desastre não deve estar pautada nas condições particulares de cada indivíduo. Deve levar em conta os determinantes sociais.</p>

<p>Construir e organizar estratégias diferentes das que estão na rotina, flexibilizando processos.</p> <p>Equipes e ações não ficarem restritas ao espaço do serviço tradicional. Ações no território.</p> <p>Profissionais em geral realizarem leitura ampla do contexto.</p> <p>Profissionais ficarem atentos à uma maior sensibilidade acerca de questões que atravessam o cotidiano dos afetados/atingidos por desastre</p> <p>Construir ações inter e intrasetoriais, com alinhamento entre os atores e a rede de cuidados. Definição clara de papéis e atuação.</p> <p>Não ficar limitado ao uso de protocolos. Somar recomendações ao <i>feeling</i> para o cuidado.</p>
Recuperação
<p>Considerar sempre o caráter coletivo, estando atento às fortalezas comunitárias. Criação de espaços de troca, grupos de conversa, utilização dos espaços coletivos. Fazer uso de técnicas que se utilizem o espaço coletivo, como a terapia comunitária integrativa.</p> <p>Possibilitar a manutenção e criação das redes de apoio, como os grupos religiosos, vizinhança, grupos comunitários, escolas, grupos esportivos, etc.</p> <p>Maior efetividade no cumprimento de sanções, nos casos de desastre tecnológico.</p> <p>Considerar que os afetados/atingidos e a própria localidade se transformam ao longo do tempo e as demandas também mudam.</p> <p>Considerar a situação de deslocamento de grupos e indivíduos em função do desastre e os impactos das novas configurações espaciais, econômicas e relacionais.</p> <p>Fornecer meios que garantam minimamente os direitos dos afetados/atingidos.</p>

Quadro 8: Proposta de diretriz para o apoio psicossocial em desastre. Fonte: Elaboração própria.

Apesar de procuramos nos deter diretamente aos aspectos psicossociais nos desastres, entendemos que algumas das ações sugeridas acima podem extrapolar em certa medida esse contexto. No entanto, acabam interferindo na configuração e condução de estratégias psicossociais e em seus impactos na população, como por exemplo o aumento e eficiência na fiscalização de empresas em geral no Brasil, especialmente na área de mineração e melhoria dos sistemas de monitoramento e alerta.

Frisamos que para o enfrentamento dos desastres, todas as ações devem ser pautadas na intersectorialidade.

8 CAPÍTULO 7: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, procuramos aprofundar questões relativas ao apoio psicossocial em contexto de desastre a partir de uma perspectiva de promoção da saúde que focalizasse os fatores protetores, e não os fatores de risco. Nos valemos da ideia de que um apoio psicossocial efetivo e integral precisa considerar as diversas dimensões possíveis dos sujeitos e coletividades, procurando evitar a individualização do cuidado. Ao mesmo tempo, não deixando de considerar as singularidades e demandas advindas dos mesmos. Entendemos - e isso vai ao encontro das narrativas dos entrevistados - que quando o adoecimento é compreendido como uma questão pessoal daqueles que foram afetados, o cuidado também acaba sendo muitas vezes restrito ao apoio psicológico e focalizado na medicalização. E esse é um dos aspectos da hipótese deste estudo, a de que há uma tendência a se focar mais nos aspectos da saúde mental e menos na interação destes com aspectos sociais. Essa forma de compreensão que individualiza o cuidado em detrimento do cuidado coletivo, acaba reforçando uma tendência mundial de fazermos uma leitura dos fenômenos sociais pela ótica biomédica, oferecendo também respostas por essa lógica.

Dentro da perspectiva individualizante e patologizante, questões fundamentais acabam sendo deixadas de lado, como as vulnerabilidades e aspectos sociais estruturais. Quando há responsabilização dos sujeitos, através de seus sintomas e queixas, essa atitude particularizada acaba contribuindo para que o Estado construa argumentos para se eximir de repostas estruturais. Além disso, é importante que a compreensão acerca do sentido do sofrimento seja a de que este não deve ser patologizado. Ou seja, o sofrimento faz parte da vida dos sujeitos e das vicissitudes da própria vida. Nesse sentido, considerando um cenário de ausência de bases sólidas dos sujeitos e carência de suporte adequado do Estado, que seja possível esse sofrimento. Que o sofrimento não seja interpretado como uma patologia. Quando trazemos esse aspecto para o contexto de desastres, é indispensável compreender essa conjuntura de forma ampla, considerando as facetas do desastre e seus impactos no adoecimento e não colocando o foco no sujeito, em seus sintomas de forma individualizada e isolada. Essa conexão com o evento em si deve estar sempre presente nessa compreensão.

Um exemplo dessa lógica patologizante que combatemos, é a tendência a se pensar no apoio psicossocial prioritariamente pelo campo da Saúde Mental, em virtude de um possível aumento de casos de transtornos de ansiedade e transtornos de es-

três pós-traumático nesses contextos. O que observamos é que esses quadros patológicos são interpretados muitas vezes nesses cenários como a representação de uma epidemia, e não como o resultado de uma dinâmica social que cria e mantém vulnerabilidades. É preciso que fiquemos atentos para não cairmos num reducionismo que negue essa realidade.

Apesar de o termo apoio psicossocial abranger essas duas dimensões principais, saúde e assistência social, por uma questão de limite temporal e de escopo, as discussões e escolhas de análise se concentraram na área da saúde. A escolha epistemológica da pesquisadora em priorizar as ações na área de saúde, é justificado por se tratar de um estudo na área de saúde pública. Não foi possível o aprofundamento das ações da assistência social por conta do escopo e da opção por priorizar a área da saúde pública, em função do próprio campo de estudos do doutorado. Esse aspecto é compreendido como um limite do presente estudo, suscitando a continuidade de pesquisas sobre o apoio psicossocial em desastres sob a perspectiva da assistência social. Sugerimos a pesquisadores da assistência social que abordem com mais profundidade essa temática a partir desse prisma, considerando as formas de organização do setor, dispositivos-chave na atuação em desastre (CREAS, CRAS), facilitadores e obstáculos para ações de apoio psicossocial nesse contexto, dentre outros aspectos que interferem na efetividade e integralidade do cuidado em desastres. De igual modo, propomos estudos sobre a percepção da população sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de identificar formas de se construir meios de comunicação mais fluidos e um entendimento do Sistema.

Como uma das funções da área de saúde pública, a redução dos riscos de desastres se mostra premente. Não se trata apenas de mudança comportamental sobre a forma de lidar com os riscos, mas uma mudança estrutural, o que traz uma complexidade ainda maior, mas que não pode ser encarada como intangível.

Considerando a realidade brasileira, uma característica que se mostra comum diz respeito ao papel dos profissionais como coadjuvantes no processo de garantia dos direitos dos afetados/atingidos por desastres. Além disso, a atuação psicossocial nos desastres evidencia um componente que se mostra essencial: o feeling para o cuidado. Na estreita relação entre o que é protocolar e o que extrapola o prescrito, a experiência (o real) é que conduz o profissional no momento da resposta. Importante ressaltar essa polaridade, pois em uma situação de desastre, em que as flexibilizações são necessárias, a todo momento o profissional estará sendo colocado nessa reflexão. E nos pare-

ce legítima a alternativa pelo *feeling* do cuidado, uma sensibilidade e percepção que só a experiência prática convoca. A sensibilidade e a compreensão de uma atuação que ultrapassa a questão normativa, são elementos que fazem parte do cenário de atuação, somados ao espírito altruísta, a solidariedade e o comportamento resiliente diante dos entraves e dramaticidade que caracterizam esses cenários.

Chamamos a atenção para o aspecto da atuação solidária e humana dos profissionais do setor público da saúde no país, em meio a crise de recursos financeiros, materiais e humanos. Os profissionais conseguem oferecer serviços de cuidado e atendimentos que se dependessem apenas do salário e da infraestrutura, não ocorreriam. O funcionamento do serviço público de saúde é louvável quando avaliamos o cenário precário das estruturas e do pouco reconhecimento que se dá, de fato, ao setor, incluídos aqui os governantes e a própria população. Profissionais aguerridos que conseguem dar conta das demandas, criar estratégias, fortalecer vínculos e dar andamento a essa engrenagem enferrujada pelo descaso das autoridades governamentais.

Ainda que o papel do voluntariado tenha sido colocado como um dos grandes obstáculos na atuação psicossocial, estes têm papel importante em situações de emergência e desastre. Suas atuações nesses cenários, inclusive relatadas nos desastres de Nova Friburgo e Mariana, foram fundamentais no salvamento de algumas pessoas e na mobilidade em meio à lama. Destacamos aqui a atuação dos motoqueiros em Nova Friburgo na ajuda sobre a enchente e como meio de transporte na locomoção de muitas vítimas. Em Mariana, muitos voluntários foram determinantes no salvamento e avisos sobre o rompimento da barragem. Nesse sentido, fica o questionamento: quais os limites da atuação de voluntários sem preparo nesses contextos? Sem a pretensão de responder a essa questão, que é permeada por situações muito particulares e contextuais, entendemos que os casos de ajuda nos momentos de pronta-resposta em que houve auxílio, de forma alguma devem ser criticados, contudo precisam ser encarados como situações que podem gerar riscos a eles e a terceiros se não houver uma orientação mínima. Nos casos em que for possível uma orientação da defesa civil sobre os riscos, previamente à oferta de socorro, esta sempre será a melhor recomendação. Como forma de minimizar riscos dos mesmos e que eles coloquem em risco outras pessoas, defendemos a preparação através de ações no dia a dia da população, campanhas em ônibus, meio de comunicação, palestras em comunidades e psicoeducação, bem como a construção de um banco de dados com o cadastramento prévio de voluntários e articulação com a Rede que já presta os serviços à população.

O papel do Médicos sem Fronteiras e da Cruz Vermelha Brasileira para os afetados por desastres no Brasil, bem como o de outras organizações de ajuda humanitária, está associado à importância de se ter políticas públicas de saúde e assistência no país, realidade diferente da maioria dos países em que atuam. A organização Médicos sem Fronteiras, por exemplo, acaba atuando na capacitação e auxílio técnico aos profissionais, de forma que o sistema público responda dentro da estrutura já existente.

No tocante aos desastres tecnológicos, diante de todo o cenário assombroso apresentado neste estudo, é imprescindível que chamemos a atenção do leitor acerca das práticas de monitoramento de barragens no Brasil. A repetição de um desastre relacionado a mineração e ao rompimento de barragens de rejeito após menos de três anos do desastre ocorrido em Mariana (referimo-nos ao desastre em Brumadinho), evidencia que a fiscalização, monitoramento e especialmente a preocupação com o território e aos que nele habitam é extremamente equivocado e degradante. No Brasil o que ocorre é o auto monitoramento pelas próprias empresas de mineração, que contratam consultorias para avaliar as barragens. Essa é uma prática que deve ser eliminada, já que a própria empresa mineradora responsável pelas barragens de rejeitos informa aos órgãos responsáveis se as mesmas se encontram estáveis ou não. Além disso, o problema se torna ainda maior quando consideramos os interesses políticos nas relações entre o Estado e empresas mineradoras e as barganhas políticas que marcam práticas de corrupção no país. Esse conjunto de ações danosas e criminosas, somado a impunidade que assola o país, viola os direitos humanos não só dos atingidos por desastres, mas de toda a sociedade. Almejamos que as práticas de fiscalização, monitoramento, controle e a própria justiça sejam marcadas pela seriedade e eficiência. Este estudo se propôs exatamente a evidenciar essas falhas, omissões, mas também meios de se alcançar práticas conexas aos direitos humanos.

Evidencia-se a necessidade da criação de estratégias de organização e sistematização de ações no âmbito da saúde nos desastres tecnológicos no país. Observa-se que a desarticulação e a falta de diretrizes que definam a gerência na prestação do apoio psicossocial nos desastres tecnológicos, onde há um agente privado causador do dano, acabam por trazer indefinições sobre a responsabilização das ações (ente privado ou o setor público). Tal condição exige um esforço de profissionais e gestores em um cenário que já traz inúmeras demandas.

Para se alcançar um cuidado integral aos atingidos por desastres, não basta

que ações de sucesso sejam replicadas. É preciso que estejam alinhadas a um sistema justo e humanitário. As dinâmicas e relações de poder sempre existirão, mas as lutas e conquistas nos ajudam a conformar um cenário menos árduo, infelizmente fruto de muitos desgastes, mas também de aprendizados. Também entendemos que a integralidade é colocada em risco quando a saúde dos trabalhadores não é compreendida de forma humanizada. Apesar dos avanços identificados ao longo dos anos, como as estratégias da Política de humanização do SUS, observamos que a realidade daqueles que estão à frente dessas práticas, muitas vezes não é a expressa nas políticas. O cuidado ampliado deve atravessar todos os níveis, inclusive o dos trabalhadores, devendo constar nas políticas de promoção da saúde e cuidado integral para que, de fato, as ações sejam integrais.

A fase de recuperação tem tido pouco foco pelas políticas públicas brasileiras, estando as ações em grande parte dos eventos, concentradas na fase da resposta. Nos casos em que há estratégias voltadas para a recuperação, nota-se que são construídas pelos profissionais no próprio processo, e não por políticas e diretrizes específicas. Vivemos também uma precarização das ações de reparação no contexto de desastres, sendo a judicialização ao mesmo tempo um elemento garantidor de direitos e gerador de estressores evitáveis. Observa-se que judicialização acabou virando um mecanismo favorável ao agente causador do dano, em virtude do tempo prolongado dos processos e da probabilidade de impunidade, que gera cansaço, revitimização e adoecimentos. E nesse sentido, a descrença e o cansaço acabam interferindo na diminuição dos recursos de enfrentamento e, conseqüentemente, na promoção e manutenção da saúde.

A integralidade do cuidado passa pelo trabalho artesanal, a partir das demandas dos que foram afetados/atingidos. Esse estudo também demonstra que não se pode pensar em integralidade no apoio psicossocial sem considerar todos os setores como possíveis agentes promotores de saúde nos desastres e que as construções ideológicas por vezes têm trazido um distanciamento entre o público e o privado, como se não fosse possível um diálogo entre essas duas instâncias. Compreendemos que as causas dos desastres, suas interferências e implicações estão diretamente relacionadas ao modo como produzimos nosso saber e como intervimos coletivamente, portanto a necessidade de interlocução e diálogo, e não enraizamentos a concepções político-ideológicas. As melhores práticas serão sempre limitadas, ineficientes e parciais (não integrais) se não entendermos e aperfeiçoarmos as relações no território, seja com o

Estado, com o ente privado, profissionais entre si, população entre si, coletivos dentro do coletivo.

A falta de uma comunicação fluida e de um trabalho intersetorial contínuo e duradouro se mostram como entraves para se atingir a integralidade do cuidado. Perde-se com isso, a possibilidade de atuação conjunta de organizações já preparadas com as equipes de pronta-resposta. A criação de equipes prévias para atuação nos desastres, nos moldes da Força Nacional do SUS, se mostra fundamental.

Observa-se que a comunidade científica precisa ampliar seus campos relacionais, já que em muitos casos não visualizamos diálogo sobre o que está sendo produzido. Quando não há essa troca, não há uma rede, pois o trabalho fica fragmentado. Ocorrem retrabalhos, custos maiores, risco de revitimização, risco de cansar o afetado com trabalhos repetitivos e pouco efetivos. A comunidade científica deveria também publicizar mais as pesquisas, para que não haja trabalho duplo. O cenário atual acaba por reforçar a comunicação deficiente.

Comportamentos resilientes se configuram como canais para o recebimento e geração de apoio psicossocial nos desastres, promovendo a circulação de conhecimentos e do cuidado, possibilitando a integralidade do apoio psicossocial.

Promover saúde aos afetados/atingidos por desastres é pensar a promoção de saúde a partir desse contexto potencialmente adoecedor, mas que não necessariamente será de adoecimento. Um apoio psicossocial efetivo, que promova saúde e um cuidado integral, deve romper com a perspectiva patogênica e de revitimização. Parafraseando um dos entrevistados deste estudo, *“não se trata de deixar de ofertar medicação e cuidado, mas buscar no contexto que se tem, as saídas para se construir saúde”*.

REFERÊNCIAS

ACNUR. *A situação dos refugiados no mundo 1997-98: um programa humanitário*. Lisboa: ACNUR, 1998.

ACTALLIANCE. Apoio psicossocial de base comunitária em emergências. Sumário da Web. Disponível em <http://psychosocial.actalliance.org/>. (sem ano)

ALMEIDA, P.E.G. **Política Nacional de Proteção e Defesa Civil**: os desastres como problema político. Seminário Internacional de Ciência Política Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Set. 2015.

ALVES, P.C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *POLÍTICA & TRABALHO*. Revista de Ciências Sociais, nº 42, Janeiro/Junho de 2015, p. 29-43. ISSN 1517-5901 (online). Acesso em 30 de maio de 2019.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 125-38, 1999.

ALVES, S. F. S. Movimento dos Atingidos por Barragens: perspectivas teóricas de lutas práticas. **Revista Café com Sociologia**. Vol. 4, Nº. 1. Jan – Abr, 2015. Disponível em: <https://revistacafecomsociologia.com/revista/index.php/revista/article/view/367/>. Acesso em 16 de maio de 2019.

ANTONOVSKY, A. The sense of coherence: An historical and future perspective. In H. I. McCubbin, E. A. Thompson, A. I. Thompson, & J. E. Fromer (Eds.). **Resiliency in families series, Vol. 1. Stress, coping, and health in families: Sense of coherence and resiliency** (pp. 3-20). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc, 1998.

ANTONOVSKY, A. The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18, 1996.

ANTONOVSKY, A. 1993a - Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility, *Social Science & Medicine*, 37, 1993, 969-974

ANTONOVSKY, A. A somewhat personal odyssey in studying the stress process. **Stress Medicine**, 6(2), 71-80, 1990.

ANTONOVSKY, A. 1987 - *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco : Jossey-Bass, 1987.

ANTONOVSKY, A. *Health, stress, and coping; new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

ANTONOVSKY, A. Breakdown: A needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. **Social Science & Medicine**, 6(5), 537-544, 1972.

ARVIDSDOTTER, T.; MARKLUND, B.; TAFT, C.; KYLÉN, S. **Quality of life, sense of coherence and experiences with three different treatments in patients with psychological distress in primary care: a mixed-methods study.** *BMC complement. altern. Med.*, 15:132-45, 2015.

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Human Development) - United Nations Development Programme Institute for Applied Economic Research João Pinheiro Foundation.

AUTHIER, J. The Psychoeducation Model: Definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1), 15-22, 1977.

AYRES, J. R. C. M. “Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde coletiva brasileira”. **Intelligere**, Revista de História Intelectual, São Paulo, v. 2, n. 1 [2], p. 139-155. 2016. Disponível em <<http://revistas.usp.br/revistaintelligere>>. Acesso em 25/05/2017.

BANCO MUNDIAL. Avaliação de Perdas e Danos: Inundações e Deslizamentos na Região Serrana do Rio de Janeiro - Janeiro de 2011. Relatório elaborado pelo Banco Mundial com apoio do Governo do Estado do Rio de Janeiro. Brasília. Novembro de 2012. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/260891468222895493/pdf/NonAsciiFileName0.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BARBOSA, Valeria Koch. **O sofrimento socioambiental dos deslocados internos do desastre de Mariana e a configuração do dano existencial.** Doutorado (tese). Universidade Feevale, 2019.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edições 70, 2015.

BASTOS, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicol inf.**, São Paulo , v. 14, n. 14, p. 160-169, out. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jul. 2019.

BASTOS, A. et al. (org.). Monitoramento da influência da pluma do Rio Doce após o rompimento da barragem de rejeitos em Mariana/MG – Novembro de 2015: Processamento, Interpretação e Consolidação de dados. Universidade federal do espírito santo (UFES), Centro de ciências humanas e naturais, Departamento de Oceanografia, Vitória. 2017.

BENEVIDES, L. R. S.. A atenção psicossocial e as intervenções geradas em contextos de desastre: a experiência de profissionais em Teresópolis. 76f, 2015.

BERTAUX, D. **L’approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités.** *Cahiers int sociol*, 69, 197-225,1980.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.** , São Paulo , v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12822016000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 632–645, 2008.

BIRHANU, Z. et al. Understanding Resilience Dimensions and Adaptive Strategies to the Impact of Recurrent Droughts in Borana Zone, Oromia Region, Ethiopia: A Grounded Theory Approach. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 14(2), 118, 2017.

BONETTI, A. O ser doente: uma reflexão à luz de Georges Canguilhem, Florianópolis, 2003.

BRASIL, 2018. Classificação e Codificação Brasileira de Desastres. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/documents/3958478/0/Anexo+V++Cobrade_com+simbolo+gia.pdf/d7d8bb0b-07f3-4572-a6ca-738daa95feb0>. Acesso em 01 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Glossário de Proteção e Defesa Civil. Brasília: Ministério da Integração Nacional. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Módulo de formação: noções básicas em proteção e defesa civil e em gestão de riscos: livro base. Brasília: Ministério da Integração Nacional. 2017d.

Portal Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2015/11/conheca-12-acoes-do-governo-para-enfrentar-os-impactos-da-tragedia-de-mg-e-es>. Acesso em 29 de junho de 2017.

BRASIL. Instrução Normativa No 2, de 20 de dezembro de 2016. Estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. PORTARIA Nº 2.446, DE 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). BRASÍLIA, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. [S.E.P.] Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 44 p.: il., 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. [S.E.P.] Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por inundação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 36 p.: il., 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres, Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Lei no 12.608, de 10 de abril de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil - SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil - CONPDEC; autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis no 12.340, de 1º de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*, 11 abr. 2012a.

BRASIL. Instrução Normativa no 1, de 24 de agosto de 2012. Estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica* (Série E. Legislação em saúde). Brasília, DF: 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de emergência em saúde pública de importância nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Diário Oficial da União - Seção 1 - 18/11/2011, página 14 (publicação original). 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental. Plano de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública: guia de preparação e resposta aos desastres associados às inundações para a gestão municipal do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2011d. Disponível em: http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/galeria/texto/2014/11/21/Guia_para_sms_de_sastres_julho_2011%20com%20capa.pdf.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de defesa Civil. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Comunicação de riscos e de desastres. Curso a distância / Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED, 2010c.

BRASIL, Ministério da Integração Nacional. Decreto nº. 7.257, de 4 de agosto de 2010. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Defesa Civil-SINDEC, sobre o reconhecimento de situação de emergência e estado de calamidade pública, assistência às vítimas, reconstrução nas áreas atingidas por desastre, e dá outras providências. Brasília. 2010d.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. *Glossário de defesa civil estudos de riscos e medicina de desastres*. Brasília, DF: 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos de Saúde), 64 p., 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília :Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgM648_20060328.pdf Acessado em 10 de agosto de 2018. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d. 40p. –(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH – SUS). 3.ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Manual de desastres humanos: desastres humanos de natureza tecnológica – v. 2. – I parte. Brasília : MI, 452p., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 – Estabelece as modalidades de CAPS e equipe mínima. 2002.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Portal Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/forca-nacional-do-sus/sobre-o-programa/>.

BRASIL. Portal Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br>. Acesso em 29 de junho de 2017.

BRASIL. Portal da Saúde. Atenção Básica. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-basica>. Acesso em 20 de junho de 2017.

BRASILIANO, A. C. R. Um modelo de análise de risco para desastres - RJ. Sicurezza, São Paulo, jan. 2011. Seção Ponto de vista. Disponível em:

<http://www.brasiliano.com.br/revistas/edicao_62.pdf?PHPSESSID=70eda81b51944891dc671955bad21477>. Acesso em: 06 jun. 2017.

BRAUN-LEWENSOHN, O.; SAGY, S. Salutogenesis and culture: personal and community sense of coherence among adolescents belonging to three different cultural groups. *Int. rev. psychiatry*, 23(6):533-41, 2011.

BRAUN-LEWENSOHN, O. et al., 2017. Salutogenesis: Sense of Coherence in Childhood and in Families. In: Maurice B. Mittelmark; Shifra Sagy; monica erksson; georg F. Bauer; Jürgen M. Pelikan; Bengt Lidström,; Geir Arild Espnes (Editors). *The Handbook of Salutogenesis*. Eboock, 2017.

BROWN et al. **After Hurricanes Katrina and Rita: Gender Differences in Health and Religiosity in Middle-Aged and Older Adults**. *Health Health Care Women Int.* 2010 November; 31(11): 997–1012, 2010.

BHATTACHARJEE, D., RAI, A. K., SINGH, N. K., KUMAR, P., MUNDA, S. K., & DAS, B. **Psycho-education: A measure to strengthen psychiatric treatment**. *Delhi Psychiatric Journal*, 14(1), 33-39, 2011.

BIGGS, R.; SCHLÜTER, M.; SCHOON, M. L. (eds.). **Principles for Building Resilience: Sustaining Ecosystem Services in Social-Ecological Systems**. May 2015.

BRITTON, N. R. Developing an understanding of disaster. *Journal of Sociology*, 22(2), 254-271, 1986.

BUSCH, A.; AMORIM, S. **A tragédia da Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011: procurando respostas**. Escola Nacional de Administração Pública -ENAP. Casoteca de Gestão Pública. Disponível em:http://casoteca.enap.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=50:a-tragedia-da-regiao-serrana&catid=8:gestao-de-crise. Acesso em: 10 Mai. 2018.

BUSS, P.M.; PELEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93).

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, nov. 2011.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 131–147, 17 nov. 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Revisão Técnica de Manoel Barros da Motta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Edição revista. Tradução: Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANGUILHEM, G. 1990. O normal e o patológico. 3ª ed. revisada e aumentada. Forense Universitária, Rio de Janeiro.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Historia, Ciências e Saúde: Manguinhos*, 4(2): 287-307, jul.-out., 1997.

CARDONA, O.; CARREÑO, M.; MARULANDA, M; BARBAT, A.; MARULANDA, P. Capítulo 17: Evaluación del índice de vulnerabilidad prevalente de Brasil y resultados comparativos para los países de América Latina y el Caribe, 2017. In: MARCHEZINI et al. (orgs). *Reduction of vulnerability to disasters: from knowledge to action*, São Carlos: RiMa Editora, 2017.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out-dez 2017.

CARVALHO, D. W. de. Desastres ambientais e sua regulação jurídica: deveres de prevenção, resposta e compensação ambiental. São Paulo: **Editora Revista dos Tribunais**, 2015.

CARVALHO, D.W.; DAMACENA, F.D.L. Intensificação dos desastres naturais, as mudanças climáticas e o papel do Direito Ambiental. Brasília a. 49 n. 193 jan./mar. 2012.

CARVALHO, M.V.N. Direitos fundamentais: um olhar através da memória das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista-BA, 98f, 2016.

CASELLATO, G. (Org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada?** Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade. Campinas, SP: Livro Pleno, 2005.

CASTAÑO GARCÍA, T.; DÍAZ, C.V.; MARTÍNEZ, J.A.C. Alteraciones emocionales en niños víctimas de desastres naturales. *Rev Enferm*. Volume 39, Issue 6, p. 410-421, 2016.

CASTELLANOS, M.E.P. Essas situações são propícias à (re)construção identitária a partir da reflexividade sobre si mesmo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4):1065-1076, 2014.

CASTRO, L. A. **Glossário de Defesa Civil**: estudos de riscos e medicina de desastres. 2.ed. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento/Departamento de Defesa Civil, 1998.

CAVANELLAS, Luciana Bicalho. **Os desafios do cuidado em situações-limite**: as dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 361f. 2014.

CEPEDES-FIOCRUZ – Definição do setor saúde. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br>.

CEPED-UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Relatório de danos materiais e prejuízos decorrentes de desas-

tres naturais no Brasil: 1995 - 2014/ Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres [Organização Rafael Schadeck] - Florianópolis: CEPED UFSC, 2016.

CEPED-UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Mobilização comunitária para a redução de riscos de desastres/ [Organização: Janaína Rocha Furtado]. - Florianópolis: CEPED-UFSC, 86 p., 2015.

CEPED-UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. *Atlas brasileiro de desastres naturais 1991 a 2010: volume Brasil*. Florianópolis: CEPED -UFSC; 2012. Acesso em: 13 jun. 2017.

CEPED-UFSC. Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres da Universidade Federal de Santa Catarina. Diretrizes em Redução de Riscos de Desastres Região Serrana do Rio de Janeiro. Florianópolis: CEPED-UFSC; 2011.

CHEN G, SHEN H, CHEN G. Um estudo transversal sobre transtorno de estresse pós-traumático entre idosos Qiang cidadãos 3 anos após o terremoto de Wenchuan na China. *Pode J Psiquiatria*. 2012 Oct; 57 (9): 547-53.

CLAVER M, DOBALIAN A, FICKEL JJ, RICCI KA, MALLERS MH. Cuidados abrangentes para idosos vulneráveis durante desastres. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013; 56 (1): 205-13.

COELHO, R. **Existe governança das águas no Brasil? Estudo de caso:** o rompimento da Barragem de Fundão, Mariana (MG). *Arquivos do museu de História natural e jardim Botânico*. V. 24, 2015.

CICV. COMITE INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA - Saúde mental e apoio psicossocial - Comitê Internacional da Cruz Vermelha – Folheto. Fevereiro/2017.

CICV. COMITE INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. DELEGACÃO REGIONAL PARA O BRASIL, G. E S. El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y los desastres naturales. p. 22–22, 2015.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA E DO CRESCENTE VERMELHO – CICV, sem ano. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/doc/resources/documents/misc/emblem-history.htm>.

CORDEIRO, M. et al., Insights on the freshwater microbiomes etabolic changes associated with the world's largest mining disaster. *Science of the total Environment*. Volume 654, 1 march, p.1209-1217, 2019.

COUTINHO, V. M.; HEIMER, M. V. Senso de coerência e adolescência: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 819–827, mar. 2014.

CONE, J.E. et al. Chronic probable PTSD in police responders in the world trade center health registry ten to eleven years after 9/11. *Am J Ind Med*. Volume 58, Issue 5, p. 483-93, 2015.

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Comissão Nacional de Psicologia das Emergências e Desastres. Nota técnica sobre atuação da psicologia na gestão integral de riscos e de desastres, relacionadas com a política de proteção e defesa civil. Brasília: CFP; 2016. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Nota-T%C3%A9cnica-Psicologia-Gestao-de-Riscos-Versao-para-pdf-13-12.pdf>. Acesso em 07/05/19).

CFP. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: 2005.

CORR, C. A. Enhancing the concept of disenfranchised grief. *Omega: Journal of Death and Dying*, 38, 1-20, 1998.

COSTA, S. **Dois Atlânticos: teoria social, anti-racismo, cosmopolitismo**. Belo Horizonte: Editora uFMG, 2006.

COVA F, VALDIVIA M, RINCÓN P. et al. Estrés postraumático en población infantojuvenil post 27f. Post-traumatic stress disorder in young population after the natural disaster on february 27, 2010. *Rev soc psiquiatr neurol infanc adolesc*. 2013. apr;22(1): 2-11.

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

CUTTER, S. L.; BORUFF, B. J.; SHIRLEY, W. L. Social Vulnerability to Environmental Hazards. *Social Science Quarterly*, v. 84, n. 2, p. 242-261, Jun. 2003.

CYRULNIK, Boris. Los patitos feos: La resiliência: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: **Editorial Gedisa**, 2001.

CZERESNIA, D. and FREITAS, CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention, publicado nos *Cadernos de Saúde Pública* (Czeresnia, 1999). In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DANTAS R.A.S. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2007.

DELL'ARINGA, M., Ranzani, O., Bierens, J., & Murray, V. Rio's Mountainous Region ("Região Serrana") 2011 Landslides: Impact on Public Mental Health System. *PLoS currents*, 10, 2018.

DIENER, E., Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill -Being ', *Journal of Happiness Studies*, vol. 7, n ° 4, pp. 397-404, novembro de 2006.

DINNEBIER, Flávia França (Org.). Estado de Direito Ecológico: Conceito, Conteúdo e Novas Dimensões para a Proteção da Natureza./ Flávia França Dinnebier (Org.); José Rubens Morato (Org.); - São Paulo : Inst. O direito por um Planeta Verde, 2017.

ESPERIDIÃO, M. Capítulo 18: Controle social no SUS: conselhos e conferências de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, p. 245-263, 2014.

EYRE, A. Psychosocial aspects of recovery : Practical implications for disaster managers. **The Australian Journal of Emergency Management**, v. 19, n. 4, p. 23–7, nov. 2004.

ERIKSSON M. Capítulo 11: The Sense of Coherence in the Salutogenic Model of Health. 2017. In: MITTELMARK, M. B. et al. (Eds.). . **The Handbook of Salutogenesis**. Cham: Springer International Publishing, p. 91–96, 2017.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **J Epidemiol Community Health** [periódico na internet]. 2007 [acesso em 08 jun 2019];61(11):938-44. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465600/>. doi: 10.1136/jech.2006.056028.

ERIKSSON, M., LINDSTRÖM, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*. 2008 Jun; 23(2):190-9. Epub 2008 Mar 20. Acesso em 20 Maio 2018.

EM-DAT. The International Disasters Database. Disponível em: <<http://www.emdat.be/>>. Acesso 1 jul. 2017.

EXAME. **Samarco rejeita relatório da ONU sobre “lama tóxica” em MG**. Novembro, 2015. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/brasil/samarco-rejeita-relatorio-da-onu-sobre-lama-toxica-em-mg/>>. Acesso em: 05 jun. 2019.

EVERLY, G. S.; BARNETT, D. J.; LINKS, J. M. The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID-PFA): curriculum development and content validation. *Int J Emerg Ment Health*. Volume 14, Issue 14, P. 95-103, 2012.

FAVERO, E.; SARRIERA, J. C.; TRINDADE, M. C. O desastre na perspectiva sociológica e psicológica. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 201–209, 2014.

FEDER, A. et. al. Coping and ptsd symptoms in pakistani earthquake survivors: purpose in life, religious coping and social support. *J Affect Disord*. Volume 147, Issue 1-3, p. 156-63, 2013.

FERREIRA FILHA. Maria O. **A terapia comunitária no contexto do SUS**. Projeto de Iniciação Científica – PIBIC – UFPB, 2008.

FERREIRA, S. Capítulo 7: Marcas da colonialidade do poder no conflito entre a mineradora Samarco, os povos originários e comunidades tradicionais do Rio Doce, 2016. In: In: MILANEZ, B.; LOSEKANN, C.. (orgs.). **Desastre no Vale do Rio Doce: antecedentes, impactos e ações sobre a destruição**. Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem, 2016.

FREITAS, Carlos Machado de et al . Da Samarco em Mariana à Vale em Brumadinho: desastres em barragens de mineração e Saúde Coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 5, 2019.

FREITAS, Carlos Machado de et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3645-3656, Sept. 2014.

FREITAS, C. M. DE et al. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência: lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1577–1586, 2012a.

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

FRIED, M. Poverty and Health. Citado em: ANTONOVSKY, A. A somewhat personal odyssey in studying the stress process. **Stress Medicine**, 6(2), 71–80, 1990. [[CrossRef](#)]

FRITZ, C. E. Disaster. In R. K. Merton & R. A. Nisbet (Eds.), *Contemporary Social Problems* (pp. 651-694). New York: Harcourt, Brace and World, 1961.

FICV – Federação Interacional da Cruz Vermelha – Site da Cruz Vermelha Portuguesa. Disponível em: <https://www.cruzvermelha.pt>. Acesso em 30 de maio de 2018.

FIOCRUZ. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres / Organizadores: Carlos Machado de Freitas, Maíra Lopes Mazoto e Vânia da Rocha. — Rio de Janeiro, RJ : Fiocruz/Secretaria de Vigilância em Saúde, 2018.

FUNDAÇÃO RENOVA - Site da Fundação Renova: www.fundacaorenova.org.

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

GIOVANELLA, L. Atenção primária seletiva ou abrangente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008

GREENPEACE. Avaliação dos riscos em saúde da população de barra longa/MG afetada pelo desastre, 2017. Instituto saúde e sustentabilidade.março de 2017. Vormittag et al.

GADAMER, H. G. (2008). *Verdade e método I* (4ª ed., F. P. Meurer, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Texto original publicado em 1986).

GARCÍA-RENEDO, M.; GIL BELTRÁN, J. M.; VALERO VALERO, M. *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I, 2007.

GAYOTTO, M. L. *Conceitos básicos que facilitam a compreensão do início de um grupo*. Artigo referente ao curso de especialização em Coordenação de grupos operativos do Instituto Pichon-Rivière. [S.l.: s.n.], 1992.

GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; NOCOLODI, E.; RUIZ, F.; SILVA JUNIOR, A. G. (organizadores). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* / Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

GIONGO, Carmem Regina. “Futuro roubado”: banalização da injustiça e do sofrimento social e ambiental na construção de hidrelétricas. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017, 351 f.

GISON, A.; RIZZA, F.; BONASSI, S.; DALL’ARMI, V.; LISI, S.; GIAQUINTO, S. The sense-of-coherence predicts health-related quality of life and emotional distress but not disability in Parkinson’s disease. **BMC neurol.** 2014; 14:193-99.

GLOBAL DISASTER RISK REDUCTION AND MANAGEMENT PATHWAY. Curso online. Disponível em: kayaconnect.org.

GRUBBA, L.S.; MONTEIRO, K. F. Deslocamento interno e direitos humanos: o problema dos desastres ambientais. **Revista de Direito Econômico e Socioambiental**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 218-243, jan./abr. 2018. doi: 10.7213/rev.dir.econ.soc.v9i1.16457

GUIMARO, M.S; CAIUBY, A.V.S, SANTOS, O.F.P dos et al. Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013 Nov;18(11):3175–81.

HALBWACHS, Maurice. *A Memória Coletiva*. Traduzido do original francês *La Memoire Collective* (2.a ed.). Tradução de Laurent Léon Schaffter Presses Universitaires de France Paris, França, 1968. Edições Vértice: 1990.

HELLER, L. Desastres de mineração e saúde pública no Brasil: lições (não) aprendidas. **Cadernos de Saúde Pública** v. 35, n. 5, 20 maio 2019.

HOBFOLL, S.E. et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. **Psychiatry**. 2007; 70(4): 283-315.

HORWITZ, A.V; WAKEFIELD, J.C. The expansion of post-traumatic stress disorder: some issues regarding diagnosis and treatment. *MD Advis*, Volume 4, Issue 1, p. 6-10, 2011.

IASC. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *A Common Monitoring and Evaluation Framework for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*, IASC, Geneva, 2017.

IASC. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* Geneva. 2010.

IASC. Inter-Agency Standing Committee (IASC). *Mental Health and Psychosocial Support: Checklist for Field Use*. Geneva: IASC. 2008.

IASC. Inter-Agency Standing Committee (IASC, Comitê Permanente Interagências). Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC. 2007.

IDMC. Internal Displacement Monitoring Centre. Global Report on Internal Displacement. Disponível em: <http://www.internal-displacement.org/media-centres>.

ILONA KICKBUSCH, 2017. Prefácio, v. In: MITTELMARK et al. (eds.). *The Handbook of Salutogenesis*. (eBook). Springer. ISBN 978-3-319-04600-6. 2017.

IPCC, 2014: *Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* [Core Writing Team, R.K. Pachauri and L.A. Meyer (eds.)]. IPCC, Geneva, Switzerland, 151 pp.

International Strategy for Disaster Reduction (ISDR). *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction – Revealing risk, redefining development*. Geneva: United Nations; 2011.

International Strategy for Disaster Reduction. (ISDR). *Guidance note on recovery: psychosocial* [Internet]. Kobe: ISDR; 2010 [acesso 2013 Out 28]. Disponível em: http://www.unisdr.org/files/18781_irppsychosocial.pdf

International Federation of the Red Cross (2009). *Module 5: Psychological First Aid and Supportive Communication*. In: *Community-Based Psychosocial Support, A Training Kit (Participant's Book and Trainers Book)*. Denmark: International Federation Reference Centre for Psychosocial Support. Disponível em: www.ifrc.org/psychosocial

JACOBUCCI, N. Tipos de luto: sim, existe mais de um. 30 de março de 2016. Disponível em: <https://perdaseluto.com/2016/03/30/tipos-de-luto-sim-existe-mais-de-um/>. Acessado em 18 de junho de 2019.

JERONYMO, A. Deslocamentos de populações ribeirinhas e passivos sociais econômicos decorrentes de projetos de aproveitamentos hidrelétricos: A usina hidrelétrica de Tijuco Alto/SP – PR. USP- Universidade de São Paulo, 2007.

KOHN, R.; LEVAV, I.; DONAIRE, I.; MACHUCA, M. & TAMASHIRO R. Psychological and psychopathological reactions in Honduras following Hurricane Mitch: implications for service planning. *Rev Panam Salud Publica*, 18 (4-5), 287-295. 2005. Recuperado em 05 de maio, 2018: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900009&lng=en

KARLSSON, I.; BERGLIN, E.; LARSSON, P. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery - a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6):1383-1392.

KAISAR, J.; STRODL, E.; SCHWEITZER, R. (2012) Qualitative study of adversity activated development and resilience in adolescents and young adults with congenital heart disease and their parents. In Gow, Kathryn M. & Celinski, M J (Eds.) *Trauma : Recovering from Deep Wounds and Exploring the Potential for Renewal*. NOVA Science Publishers, New York, p. 1 a 21 [versão digitalizada].

Kölves K.; Kölves, K.E.; De Leo, D. Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of affective disorders*. 2013;146(1):1-14.

LAPOLLI, Aderbal Vicente. O plano diretor e o plano de gerenciamento de enchentes do município de Rio do Sul – SC: a construção de um território seguro?. Dissertação (Mestrado). 2013. 207 p.

LAZARUS, R. S., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

LEMES, C. B., ONDERE NETO, J.. Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia – Março 2017, Vol. 25, nº 1, 17-28*.

LINDSTRÖM B., ERIKSSON M.. Professor Aaron Antonovsky (1923–1994): the father of the Salutogenesis, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59 (pg. 506-511), 2005.

LISBOA, Ageu Heringer. Reunião científica CPPC-SP. “Desastres e o papel dos psicólogos e afins”. SP, Univ. Presbiteriana Mackenzie, 28 de maio de 2011.

LOCK, S.; RUBIN, J.; & MURRAY, V.; BROOKE, R.; RICHARD, A.; RICHARD, W. (2012). Secondary stressors and extreme events and disasters: A systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS currents*. 4. 10.1371/currents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfcfc13c87a2f24f.

LONDE, L.R. et al. Impactos de desastres socioambientais em saúde pública: estudos dos casos dos Estados de Santa Catarina em 2008 e Pernambuco em 2010. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.537-562, set./dez. 2015.

LOWE, S.R; RHODES, J.E. Trajectories of psychological distress among low-income, female survivors of Hurricane Katrina. *Am J Orthopsychiatry*, Volume 83, Issue, 2 pt 3, p. 398-412, 2013.

LOWE, S.; & FORTHERGILL, A. (2004). A need to help: Emergent Volunteer Behavior after September 11, *Beyond September 11th: An Account of Post-Disaster Research*. Nova York.

LOPES, A.R.S. Desastres socioambientais e memória no Sul de Santa Catarina (1974-2004). Tese (doutorado). Florianópolis, SC, 2015, 383p.

LOPES, Daniela; COSTA, Dilene; SOARES, E. *et al. Gestão de Riscos e de Desastres: Contribuições da Psicologia*. Florianópolis: Cabeça ao Vento, 2010,156 p.

MAB. MOVIMENTO DOS ATINGIDOS POR BARRAGENS. Cartilha de Estudos: Hidrelétricas do rio Madeira. Energia para que? E para quem? p. 6, 2008. Disponível em http://www.mabnacional.org.br/publicacoes/cartilha_riomadeira_miolo_2ed.pdf. Acesso em: 15.02.2019.

MAIA, A. C. N. ; SEDREZ, L. F. Narrativas de um Dilúvio Carioca: memória e natureza na Grande Enchente de 1966. *História Oral*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 221- 254, 2011.

MARÇAL et al. A salutogênese na pesquisa em saúde: uma revisão integrativa. *Rev. enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2018.

MARCHEZINI, V.; WISNER, B.; Capítulo 1: Challenges for vulnerability reduction in Brazil: insights from the par framework. In: MARCHEZINI, V.; WISNER, B.; LONDE, L.; SAITO, S.M. (Orgs.). *Reduction of vulnerability to disasters: from knowledge to action – São Carlos: RiMa Editora, 2017.*

MARCHEZINI, V. Campos de desabrigados: a continuidade do desastre. São Carlos: Rima Editora, 2014a.

_____. et al. La producción silenciada de los “desastres naturales” en catástrofes sociales. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 76, n. 2, p. 253-285, 2014b.

_____. A produção simbólica dos desastres naturais: composições, seleções e recortes, em *Intersecções*, 16. Rio de Janeiro. Impresso, páginas 174-196, 2014c.

MANTAS Jiménez S, et al. Evaluation of positive mental health and sense of coherence in mental health professionals. *Rev. port. enferm. saúde mental*. 2015; 13:34-42.

MARENCO, J. A.; TORRES, R.R.; ALVES, L.M. Drought in Northeast Brazil – past, present and future. *Theor Appl Climatol* (2017). doi:10.1007/s00704-016-1840-8

MARTINEZ, H. A. Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente. Belo Horizonte: Universitat Rovira i Virgili, Tradução de: Virgínia Jorge Barreto. Abril 2006.

MATTOS, Ruben Araújo de. Cuidado Prudente para uma vida decente. In: *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2013.

MAUCH, C.; PFISTER, C. (Orgs.). *Natural disasters, cultural responses: case studies toward a global environmental history*. Plymouth: Lexington Books, 2009.

MCFARLANE, A. C.; NORRIS, F. H. Definitions and concepts in disaster research. In F. H. Norris, S. Galea, M. J. Friedman, & P. J. Watson (Eds.), *Methods for disaster mental health research* (pp. 3-19). New York: Guilford Publications, 2006.

MIETTOLA, J.; VILJANEM, A.M.A. Salutogenic approach to prevention of metabolic syndrome: a mixed methods population study. *Scand. j. prim. health care*.2014;32(4):217-25.

MILANEZ, B. e LOSEKANN, C. Desastre no Vale do Rio Doce: antecedentes, impactos e ações sobre a destruição. Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). O que é Força Nacional do SUS? Entenda o SUS. *Blog da Saúde*. Recuperado em 14 de fevereiro, 2018 em <http://www.blog.saude.gov.br/w0s9bd>.

MITTELMARK et al. (eds.). *The Handbook of Salutogenesis*. (eBook). Springer. 2017.

MITTELMARK, M. B; BAUER, G. F. Capítulo 2: The Meanings of Salutogenesis. In: MITTELMARK et al. (eds.). *The Handbook of Salutogenesis*. (eBook). Springer. 2017.

MOCELLIN, J.; BARRETO, A. y GURAL D. M. Pobreza y desastres: Terapia integrante sistemática en una barriada pobre de Brasil. *Desastres y Sociedad*, N°8 , Año 5, N° 8, Diciembre 1997.

MORAIS, F. L. S. L.. **Rodas de Terapia Comunitária**: espaços de mudanças para profissionais da Estratégia Saúde da Família. 2010. 118f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

NARVÁEZ L, LAVELL A, ORTEGA GP. La gestión del riesgo de desastres: un enfoque basado en procesos. San Isidro: **Secretaría General de la Comunidad Andina**, 2009.

NOAL, D.S. Atenção psicossocial e saúde mental: analisando diretrizes e ações para uma gestão integral de riscos e de desastres, 2018. Tese de Doutorado, Brasília: Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília.

NORRIS, Fran, and Carrie Elrod. 2006. "Psychosocial consequences of disaster: A review of past research." In *Methods for disaster mental health research*, eds. Fran H. Norris, Sandro Galea, Matthew J. Friedman, and Patricia J. Watson. New York, NY: Guilford Press, 20-44.

Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232567724_Psychosocial_Consequences_of_Disaster_A_Review_of_Past_Research [accessed Jun 01 2018].

NORONHA, M. G. R. C. S. et al . Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 497-506, Apr. 2009.

NOTA TÉCNICA CONJUNTA, de 01 de março de 2016. Anexo à Cláusula 141 do TTAC. Apresenta Programas socioeconômicos e despesas extraordinárias que compõem a Proposta de Termo de Transação e de Ajustamento de Conduta relativo à recuperação dos impactos ambientais e socioeconômicos do rompimento da Barragem de Fundão, em Mariana/MG. Disponível em: <https://www.samarco.com/wp-content/uploads/2016/07/TTAC-FINAL.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2008.

NUNES, L. O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Dissertação [Mestrado]. Lisboa: Universidade Nova Lisboa; 1999.

OLIVEIRA, E.C. A Proteção Jurídica Internacional dos Deslocados Internos. *Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos*, Fortaleza, v. 5, n. 5, p.73-92, 2004.

OLIVEIRA, S.S.; PORTELLA, S.; FIGEIREDO, N.A; OLIVEIRA, M.P. A Sirene, lugar de memória. (artigo no prelo).

OMS. Organização Mundial da Saúde. War Trauma Foundation e Visão Global Internacional (2015). *Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. OMS: Genebra. Brasília, DF: OPAS, 2015.

OMS. Organización Mundial da Saúde. Constitución da Organización Mundial da Saúde. Documentos básicos, suplemento da 45ª edición, outubro de 2006. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

OMS. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en las emergencias. Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. Departamento de salud mental y toxicomanías Organización mundial de la salud, Ginebra 2003.p. 4.

OMS/ACNUR. Organización Mundial de la Salud. ACNUR. Evaluación de necesidades y recursos psicosociales y de salud mental. Guía de herramientas para contextos humanitarios. OMS-ACNUR. Ginebra, 2015.

ONOCKO-CAMPOS, RT, LEAL, E, PALOMBINI, A.L., BACCARI, I.O.P., SERPA, OD, XAVIER, M.A.Z., FERRER, A.L., DIAS, AG. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2013/Jun). [Citado em 20/07/2019].

ONU. Organização das Nações Unidas. Estratégia Internacional para a Redução de Desastres: Marco de Ação de Hyogo 2005-2015: aumento da resiliência das nações frente aos desastres. Geneva: ONU, 2007. Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/cidades-resilientes/pdf/mah_ptb_brochura.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. Terminología sobre reducción del riesgo de desastres, 2009. Disponível em: <http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminology_Spanish.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

OPAS. Organização Pan-americana da saúde. Fonte: <http://www.paho.org>. (Acessado em 30 de julho de 2017).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2015.56p.: il. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2).

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília, DF: OPAS, Ministério da Saúde, 2014. 49 p.: il. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde, 2).

OPAS. Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud en situaciones de desastres. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 2010. http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=110&Itemid=895&lang=en&limitstart=54].

OPS. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Hospitales del caribe serán transformados para ser resistentes a los desastres. Un proyecto de la ops financiado por el reino unido hará más seguras y más verdes instalaciones de salud de diversos países de la región.* Bridgetown, Barbados. 7 de junio de 2017 (OPS/OMS). Acesso em 20 jun 2017, em: <http://www.paho.org>.

OPS. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía práctica de salud mental en desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Washington, D.C.: OPS, 2006.

PAIVA, V. S. F. Psicologia na saúde: sociopsicológica ou psicossocial? Inovações do campo no contexto da resposta brasileira à AIDS. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 531-549, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE00-PT>.

PAIVA, V. A dimensão psicossocial do cuidado. In V. Paiva, G. Calazans, & A. Segurado (Orgs.), *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. 2. Entre indivíduos e comunidades* (2. ed., pp. 41-72). Curitiba, PR: Juruá, 2012.

PAPADOPOULOS, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 301-312.

PEREIRA, M.M.; RODRIGUES, P.F; SANTOS, N.C.C.B; VAZ, E.M.C; COLLET, N; REICHERT, A.P.S. Educação em saúde para famílias de crianças/adolescentes com doença crônica. *Rev. enferm. UERJ*. 2017.

PEREIRA, C. A. R. et al. Avaliação econômica dos casos de Dengue atribuídos ao desastre de 2011 em Nova Friburgo (RJ), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3693–3704, set. 2014a.

PEREIRA, C.A.R.; BARATA, M.M.L., TRIGO, A.G.M. Social Cost of Leptospirosis Cases Attributed to the 2011 Disaster Striking Nova Friburgo, Brazil. **Int J Environ Res Public Health**. 11(4):4140-4157, 2014b.

PICHON-RIVIÈRE, E. O processo grupal. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991. 286p.

PINHEIRO, T.M.M.; POLIGNANO, M.V.; GOULART, E.M.A.; PROCÓPIO, J.C. organizadores. Mar de lama da Samarco na bacia do Rio Doce: em busca de respostas. Belo Horizonte: Instituto Guaicuy, 2019.

PORTELLA, S.; OLIVEIRA, S.S.S. Capítulo 22: *Vulnerabilidades deslocadas e acirradas pelas políticas de habitação: a experiência do Terra Nova*". In: MARCHEZINI et al. (orgs). *Reduction of vulnerability to disasters: from knowledge to action*, são Carlos: RiMa Editora, 2017.

PORTELLA, S. L. D.; NUNES, J. A. Populações serranas excluídas, cidades insustentáveis: o enigma da participação pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4223–4228, out. 2014.

PRISMMA: Pesquisa sobre a saúde mental das famílias atingidas pelo rompimento da barragem de Fundão em Mariana. Belo Horizonte: Corpus, 2018. Castro, Maila de; Roque, Marco; Freitas, André; Garcia, Frederico (Organizadores).

Psychological First Aid: Five Year Retrospective (2011-2016). Commissioned and supported by Church of Sweden Peer reviewed by members of the Inter-Agency Standing Committee Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Author: Leslie Snider (Peace in Practice). (s/d). Disponível em: [https://www.svenskakyrkan.se/filer/PsychologicalFirstAid_Fiveyearretrospective\(pdf,94sidor\).pdf](https://www.svenskakyrkan.se/filer/PsychologicalFirstAid_Fiveyearretrospective(pdf,94sidor).pdf)

PUTTINI, R. & PEREIRA JUNIOR, A. (2007). Além do mecanicismo e do vitalismo: a “normatividade da vida” em Georges Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 17. 10.1590/S0103-73312007000300003.

QUARANTELLI, E. L. What is disaster? The need for clarification in definition and conceptualization in research. In B. Sowder, *Disasters and mental health selected contemporary perspectives* (pp. 41-73). Washington, D. C.: Government Printing Office, 1985.

ROCHA, Edlene F. L.. **A terapia comunitária e as mudanças de práticas no SUS**. 2009. 126f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

RODRIGUES, D. et al., Capítulo 4. Algumas análises sobre os impactos à saúde do desastre em Mariana (MG). 2016. In: MILANEZ, B. LOSEKANN, C.. (orgs.). *Desastre no Vale do Rio Doce: antecedentes, impactos e ações sobre a destruição / organizadores: Bruno Milanez e Cristiana Losekann* – Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem, 2016.

RABELLO, LS. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. 228 p. ISBN: 978-85-7541-352-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>).

RAFALOSKI, Alessandra Rossoni. Atenção psicossocial às pessoas em situação de desastre no município de Blumenau: ótica dos trabalhadores envolvidos. Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2017.

RESILIENT AFRICA NETWORK. Resilience Innovation Challenge for Adverse Climate Effects: Eastern Africa Resilience Innovation Lab. Disponível em: <http://grants.ranlab.org/wp-content/uploads/2014/07/RIC4ACE-ROUND-1-CALL.pdf> (Acesso em 30 de junho de 2017).

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

ROSENKOETTER M.M, MCDONOUGH J, MCCALL A, SMITH D, LOONEY S. Um modelo flexível para a avaliação a longo prazo de adultos idosos residentes na comunidade após desastres. *J Emerg Manag*. 2015 nov; 13 (5): 401-16.

SABOGA-NUNES, L. (2017). Capítulo 46: Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in Portuguese. In: MITTELMARK et al. (eds.). *The Handbook of Salutogenesis*. (eBook). Springer. ISBN 978-3-319-04600-6. 2017.

SABOGA-NUNES, L. (1999). O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública ministrado pela ENSP. UNL.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiæ zudia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n1/a02v9n1>.

SALSI, M.A, MACENO P., ROZZA S.G, SILVA D.M, BOEHS, A. HEIDEMANN I. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto & contexto enf.* 2013; 22(1):224-30.

SAMPAIO, J.; SANTOS, G.C.; AGOSTINI, M.; SALVADOR, A.S. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. *Interface. Comunicação Saúde Educação.* 2014; 18 Supl 2:1299-1312.

SEDREZ, L. F. Desastres socioambientais, políticas públicas e memória. In.: NODARI, E. S.; CORREA, S. M. de S. *Migrações e Natureza.* São Leopoldo: Oikos, 2013. p. 185-202.

SHOAF, K. Organizing the health sector for response to disasters. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3705-3715, Sept. 2014.

SILVA, Thiago Loreto Garcia da et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. *Aletheia*, Canoas, n. 32, p. 195-197, ago. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 mai. 2019.

SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M.. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 567-576, Dec. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de abril de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400011>.

Sociedade Nacional da Cruz Vermelha do Mato Grosso. Disponível em: <http://cruzvermelhamt.blogspot.com/p/os-emblemas-da-cruz-vermelha-do.html>.

SOLLA, J.J.S.P, PAIM, J.S. *Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta e Média Complexidade: desafios para a Organização do cuidado no sistema Único de Saúde* (Capítulo 24). In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (orgs.). *Saúde coletiva: teoria e prática.* 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.

SOUZA, P.C.A. *Vulnerabilidades Socioambientais e Estratégias Psicossociais com Sujeitos em Situação de Desastres Ambientais.* Rio de Janeiro: UFRJ, 2015.198f.

STOCKHOLM RESILIENCE CENTRE. **What is resilience?** Disponível em: <http://www.stockholmresilience.org/research/research-news/2015-02-20-what-is-resilience.html>. Acesso em 20 abril. 2018.

SCOTT, P. Descaso planejado: uma interpretação de projetos de barragem a partir da experiência da uHE Itaparica no Rio São Francisco. In: ZHouRI (org.). **Desenvolvimento, reconhecimento de direitos e conflitos territoriais**. Brasília, DF: ABA, 2012, p. 122-146.

TERMO DE TRANSAÇÃO E AJUSTAMENTO DE CONDUTA (TTAC). Disponível em: <https://www.fundacaorenova.org/wp-content/uploads/2016/07/ttac-final-assinado-para-encaminhamento-e-uso-geral.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2008.

The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief [Código de Conduta do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, e as ONGs para Auxílio de Desastres]).

THE SPHERE PROJECT. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response: The Sphere Handbook, Fourth edition, UK, 2018. Disponível em: <https://www.spherestandards.org/handbook-2018/>

THE SPHERE PROJECT. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response: The Sphere Handbook; third edition, UK, 2011. Disponível em: <http://www.ifrc.org/PageFiles/95530/The-Sphere-Project-Handbook-20111.pdf><http://www.spherehandbook.org>].

TOL, W.A.; PATEL, V.; TOMLINSON, M.; BAINGANA, F.; GALAPPATTI, A. et al. (2011) Research Priorities for Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings. PLoS Med 8(9): e1001096. doi:10.1371/journal.pmed.1001096

United Nations International Strategy for Disaster Reduction [UNISDR] (2015). *Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030*. Geneva. Disponível em: http://www.wcdrr.org/uploads/Sendai_Framework_for_Disaster_Risk_Reduction_2015-2030.pdf

United Nations Office for Disaster Risk Reduction [UNISDR] (2013). *Implementation of the Hyogo framework for action: summary of reports 2007-2013*. Genebra: United Nations. Em: http://www.unisdr.org/files/32916_implementationofthehyogoframeworkfo.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction [UNISDR] (2012). Como Construir Cidades Mais Resilientes: Um Guia para Gestores Públicos. Genebra: WHO. Acesso em 04 de junho de 2018 em: https://www.unisdr.org/files/26462_guiagestorepublicosweb.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction [UNISDR] (2009). *Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres*. Genebra, Suíça. Acesso em 02 de julho de 2018 em: http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf

United Nations International Strategy for Disaster Reduction [UNISDR] (2005). *Hyogo framework for action 2005-2015: building the resilience of nations and communities disasters*. Extract from the final report of the World Conference on Disaster Reduction (A/CONF.206/6) [Internet]. Genebra: Organização das Nações Unidas; 2005 [acesso 2018 Out 29]. Disponível em: http://www.preventionweb.net/files/1037_hyogoframeworkforactionenglish.pdf

VAANDRAGER, L and KENNEDY, L. The Application of Salutogenesis in Communities and Neighborhoods . In: Maurice B. Mittelmark; Shifra Sagy; Monica Eriksson; georg F. Bauer; Jürgen M. Pelikan; Bengt Lidström. (Editors). *The Handbook of Salutogenesis*. Ebock, 2017.

VAINER, C. B. Conceito de "atingido": uma revisão do debate e diretrizes. In: ROTHMAN, Franklin Daniel (Org.). *Vidas alagadas: conflitos socioambientais, licenciamento e barragens*. Viçosa: UFV, 2008. p. 39-63.

VALENCIO, N., VALENCIO, A. Cobertura jornalística sobre desastres no Brasil: dimensões sociopolíticas marginalizadas no debate público. *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 10(2), 165-186, 2017.

VALENCIO, N. Elementos constitutivos de um desastre catastrófico: os problemas científicos por detrás dos contextos críticos. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 41–45, set. 2016.

VALENCIO, N. F. L. DA S. Disasters: technicism and social suffering/Desastres: tecnicismo e sofrimento social.(articulo en portugues). v. 19, n. 9, 2014.

VALENCIO, N. (org.). *Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil ? volume III*. São Carlos : RiMa Editora. 2013.

VALENCIO, N.; SIENA, M.; MARCHEZINI, V. Abandonados nos desastres: uma análise sociológica de dimensões objetivas e simbólicas de afetação de grupos sociais desabrigados e desalojados. Norma Valencio - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011a.

VALENCIO, N. Desastres, ordem social e planejamento em defesa civil: o contexto brasileiro. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 4, p. 748–762, dez. 2010.

VALENCIO, Norma; SIENA, Mariana; MARCHEZINI, Victor; GONÇALVES, Juliano Costa (orgs.). *Sociologia dos desastres: construção, interfaces e perspectivas no Brasil*. São Carlos: RiMa Editora, 280p., 2009.

VALENCIO, N.F.L.S. et al. Chuvas no Brasil: representações e práticas sociais. **Revista Política e Sociedade**, Florianópolis, v. 4, n. 7, p. 163-183, 2005. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/viewFile/1971/1721>>.

VIANA, AS; VALENCIO, N. Desafios de idosos no enfrentamento de um desastre: considerações sociológicas e gerontológicas. **O Social em Questão** - Ano XVIII – Nº 33, 2015.

VINJE, H. F.; LANGELAND, E.; BULL, T. Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. In: MITTELMARK, M. B. et al. (Eds.). . **The Handbook of Salutogenesis**. Cham: Springer International Publishing, 2017. p. 25–40.

WOOD, M. M., BRENDRO, L. K., FECSE, F. A., & NICHOLS, P. (1999). *Psychoeducation: An Idea Whose Time Has Come*. Richmond, VA: The Council for Children with Behavioral Disorders.

World Health Organization – WHO & United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR. (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva.

World Health Organization - WHO, & United Nations High Commissioner for Refugees – UNHCR. (2012). *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for major humanitarian settings*. Geneva: o autor.

World Health Organization - WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion* Ottawa. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>

WISNER, B. Vulnerability as concept, Model, Metric and Tool. Oxford Research Encyclopedia of Natural Hazard Science (2016), 55p. <http://naturalhazardscience.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199389407.001.0001/acrefore-9780199389407-e-25>.

WISNER, B ; GAILLARD, J.C. and ILAN Kelman. Framing disaster: Theories and stories seeking to understand hazards, vulnerability and risk. In: *The Routledge handbook of hazards and disaster risk reduction*. Edited by Bem Wisner, JC Gaillard and Ilan Kelman, 18-34. London Rotledge, 2012.

WISNER, B. Interactions between Conflict and Natural Hazards: Swords, Ploughshares, Earthquakes, Floods and Storms, in H.-G. Brauch et al. (eds) *Facing Global Environmental Change*, pp. 247-258. Berlin: Springer Verlag. 2009.

WISNER, B.; BLAIKIE, P.; CANNON, T; DAVIS, I. *At Risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. New York; Routledge, 2004.

WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes et al . Atuação do psicólogo em situações de desastre: reflexões a partir da práxis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 53, p. 287-298, June 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200287&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 agosto de 2018.

XAVIER, J..B; VIEIRA, L.PO. O trabalho e seus sentidos. In: MILANEZ, B.; LOSEKANN, C.. (orgs.). *Desastre no Vale do Rio Doce: antecedentes, impactos e ações sobre a destruição*. Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem, 2016.

ZHOURI, A. et al. O desastre da Samarco e a política das afetações: classificações e ações que produzem o sofrimento social. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 36–40, set. 2016.

ZUCARELLI, M.C. Efeitos institucionais e políticos dos processos de mediação de conflitos. Capítulo 8. In: MILANEZ, B.; LOSEKANN, C.. (orgs.). *Desastre no Vale do Rio Doce: antecedentes, impactos e ações sobre a destruição*. Rio de Janeiro: Folio Digital: Letra e Imagem, 2016.

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(Dirigida à profissionais de Saúde do município de Mariana e dos municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro afetados pelas enchentes e desmoronamentos em 2011)

Nome: _____

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

Município a que está vinculado (a): _____

Função no município: _____

Local de trabalho: _____

Nível de escolaridade: _____ Local de residência: _____

- 1) Há quanto tempo exerce a função atual no município?
- 2) Atividades que realiza como profissional de saúde.
- 3) Como você define “**desastre**”?
- 4) Como você define “**apoio psicossocial**”?
- 5) Você participou de algum atendimento (direta ou indiretamente) à população afetada pelo desastre na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 ou o de Mariana/MG, ocorrido em 2015? Em caso afirmativo, conte como se deu essa participação.
- 6) Na sua opinião, **quais ações compreendem o apoio psicossocial em desastres**?
- 7) Trabalha (direta ou indiretamente) com o apoio psicossocial aos afetados por desastre?
- 8) Na ocasião do evento que causou o desastre (Região Serrana e/ou Mariana) houve algum trabalho de **apoio psicossocial** aos afetados? Se sim, explique como se deu e quando teve início. Teve continuidade?
- 9) Há algum trabalho de **apoio psicossocial** sendo realizado atualmente (Região Serrana e/ou Mariana)?
- 10) Há algum trabalho de prevenção?
- 11) Como se deu o acionamento dos profissionais de saúde na ocasião do evento que causou o desastre? (Região Serrana e/ou Mariana)
- 12) Como se deu a mobilização e funcionamento do **setor saúde** na ocasião?
- 13) Houve integração dos três níveis de governo e do setor privado?
- 14) Como se dá o funcionamento do setor saúde atualmente em caso de desastre?
- 15) Como você avalia a atuação do setor saúde aos afetados por desastres no Brasil?
- 16) Identificou algum **trabalho em rede**, articulado com outros setores além do setor saúde? Em caso afirmativo, explicar os setores componentes da rede e como esse trabalho foi (ou é) realizado. Houve continuidade?
- 17) Em sua opinião, como é possível **promover saúde** aos indivíduos e comunidades afetados por desastre?

- 18) A partir de sua prática profissional, o que você observa como **fatores protetores** para os afetados/atingidos por um desastre? Que fatores protegem essas pessoas para não adoecerem?
- 19) Para você, o que caracteriza o **cuidado integral** aos afetados por desastre?
- 20) Quais os documentos normativos, legislação e protocolos que fundamentam e orientam o trabalho dos profissionais de saúde em situações de desastre?
- 21) Há algum **documento/protocolo específico** para a **atuação no apoio psicossocial** em situação de desastre?
- 22) Você sabe informar se houve a criação de algum documento normativo/protocolo de atuação em desastres no âmbito federal, estadual ou municipal em função de um evento calamitoso específico? Se sim, qual (ais)? Algum específico para a atuação do setor saúde?
- 23) Quais têm sido as maiores demandas de saúde apresentadas pela população local desde o dia “X” (referenciar a data do evento que causou o desastre)? Falar de outras demandas para além da saúde, caso identifique.
- 24) Como você definiria um apoio psicossocial efetivo no contexto de desastres? Quais as ações fundamentais para que isso ocorra? Algum “modelo” a ser citado?
- 25) O que você tem identificado como **fatores facilitadores** para ações efetivas de apoio psicossocial ao **indivíduo** afetado? E à **comunidade**? E à nível **institucional**? (Pensar nessas três dimensões tanto como receptoras como agentes da ação psicossocial).
- 26) Quais têm sido os **obstáculos** para ações efetivas nessas três dimensões? (Pensar nessas três dimensões tanto como receptoras como agentes da ação psicossocial).

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(Dirigida a profissionais de Saúde da assistência humanitária)

Nome: _____

Instituição/Organização a que está ou esteve vinculado (a):

() MSF () Movimento Intern. da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho

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

Função na Instituição/Organização: _____

Há quanto tempo exerce a função: _____

Nível de escolaridade: _____ Local de residência: _____

- 1) Como foi sua entrada na Instituição/Organização?
- 2) Já trabalhava com assistência humanitária?
- 3) Como você define “assistência humanitária”?
- 4) Trabalha em que país e realizando que tipos de atividade pelo (a) (nome da instituição/organização)?
- 5) Trabalha (direta ou indiretamente) com o apoio psicossocial aos afetados por desastres?
- 6) Como você define “**desastre**”?
- 7) Como você define “**apoio psicossocial**”?
- 8) Qual a definição desses termos utilizadas pelo (a) (nome da instituição/organização)?
- 9) Na sua opinião, **quais ações compreendem o apoio psicossocial em desastres?**
- 10) Quais os **documentos normativos e protocolos** que fundamentam e orientam o trabalho do (a) (nome da instituição/organização)?
- 11) Quais os **protocolos institucionais** que orientam a atuação dos profissionais de saúde do (a) (nome da instituição/organização)?
- 12) Há algum documento/protocolo específico para a atuação no apoio psicossocial dentro do (a) (nome da instituição/organização)?
- 13) As alterações e ajustes a que passam esses documentos e protocolos institucionais ao longo dos anos partem das gerências regionais ou do alto escalão do (a) (nome da instituição/organização)?
- 14) Você sabe informar se alguma alteração/ajuste ocorreu em função de um evento calamitoso específico?
- 15) Você participou de algum atendimento (direta ou indiretamente) à população afetada pelo desastre na região serrana do Rio de Janeiro em 2011 ou o de Mariana/MG, ocorrido em 2015? Em caso afirmativo, conte como se deu essa participação.
- 16) Em sua opinião, quais foram as maiores dificuldades apresentadas pelas pessoas as-

sistidas ao longo desses anos pelo (a) (nome da instituição/organização)?
(assistência em decorrência de **desastres**)

- 17) Como você avalia a importância do trabalho realizado pelo (a) (nome da instituição/organização) para os afetados por desastres no Brasil? E nos outros países do mundo?
- 18) Há algum trabalho de prevenção realizado pelo (a) (nome da instituição/organização)?
- 19) Em sua opinião, como é possível **promover saúde** aos indivíduos e comunidades afetados por desastre?
- 20) Para você, o que caracteriza o **cuidado integral** aos afetados por desastre?
- 21) A partir de sua prática profissional, o que você observa como **fatores protetores** para os afetados/atingidos por um desastre? Que fatores protegem essas pessoas para não adoecerem?
- 22) Como você avalia a atuação do **setor saúde** aos afetados por desastres no Brasil?
- 23) Como você definiria um apoio psicossocial efetivo no contexto de desastres? Quais as ações fundamentais para que isso ocorra? Algum “modelo” a ser citado?
- 24) Em sua prática na assistência humanitária, o que você tem identificado como **fatores facilitadores** para ações efetivas de apoio psicossocial ao **indivíduo** afetado? E à **comunidade**? E à nível **institucional**? (Pensar nessas três dimensões tanto como receptoras como agentes da ação psicossocial)
- 25) E quais têm sido os **obstáculos** para ações efetivas nessas três dimensões? Pensar nessas três dimensões tanto como receptoras como agentes da ação psicossocial)

ANEXO A



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

(Profissionais da área de saúde dos municípios de Mariana/MG e da Região Serrana do Rio de Janeiro afetados pelas enchentes e desmoronamentos em 2011)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Apoio psicossocial e promoção da saúde: caminhos para uma intervenção integral no contexto de desastre*”, por trabalhar ou ter trabalhado como profissional da área de saúde do município de Mariana, em Minas Gerais e/ou municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro afetados pelas enchentes e desmoronamentos em 2011. É necessário que você atue ou tenha atuado no apoio psicossocial em um dos desastres ocorridos nesses municípios (desastre causado pelo rompimento de barragem em Mariana, em 2015 e/ou enchentes e desmoronamentos na Região Serrana do Rio de Janeiro, em 2011). Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Milena Maciel de Carvalho, aluna do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dra. Simone Santos Oliveira.

O objetivo geral da pesquisa é analisar ações e necessidades de apoio psicossocial em desastres, com enfoque na perspectiva da integralidade das ações e na promoção da saúde.

Serão abordados no estudo aspectos relativos aos documentos normativos, legislações e protocolos que tratam das práticas de apoio psicossocial em situações de desastre no mundo; às ações de apoio psicossocial em dois eventos emblemáticos ocorridos no Brasil nos últimos anos (enchentes na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e rompimento da barragem da mineradora Samarco, em Minas Gerais, em 2015) e aos fatores facilitadores e obstáculos nas dimensões individual, comunitária e institucional para que essas ações

psicossociais ocorram de forma efetiva.

A etapa da pesquisa que envolverá sua participação será a de entrevistas com profissionais da área da Saúde do município de Mariana, em Minas Gerais e municípios da Região Serrana do Rio de Janeiro afetados pelas enchentes e desmoronamentos em 2011. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e as perguntas incluem aspectos sobre a experiência dos entrevistados com essas ações, a compreensão dos mesmos sobre desastres e apoio psicossocial, bem como os protocolos e documentos que fundamentam suas ações e práticas.

Sua participação não é obrigatória e a recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com o município a qual está ou esteve vinculado(a). A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

Como benefícios de sua participação, acreditamos que as entrevistas permitirão o acesso oral ao histórico dos protocolos que orientam as ações de apoio psicossocial em desastres, possibilitando uma análise sobre a evolução das práticas psicossociais em desastres no Brasil e no mundo. Nesse sentido, a pesquisa favorecerá a reflexão sobre sua prática de trabalho e valorizará os saberes e práticas dos profissionais de saúde.

Quanto aos riscos de sua participação nesta pesquisa, identificamos que a preservação do anonimato de alguns profissionais possa não ser possível, apesar de utilizarmos nomes fictícios. A possibilidade de identificação pode ocorrer em razão de sua função dentro do município a qual está vinculado (a). No entanto, por se tratar de uma entrevista para levantamento e conhecimento de experiências no contexto de desastre e sobre o histórico de alguns documentos na área, entendemos que a possível identificação dos profissionais não caracterizaria prejuízo para os mesmos.

Outro risco possível é o de que a entrevista possa gerar certo desconforto ou trazer emoções à tona aos participantes, por remetê-los a experiências relacionadas a situações de sofrimento, vivenciadas em suas práticas.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão usadas sem a identificação do profissional que as forneceu. Portanto, na tese que será escrita ou em quaisquer outras publicações científicas utilizaremos nomes fictícios. O sigilo e a privacidade necessários para sua participação neste estudo estão de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O áudio da entrevista será gravado, caso você autorize. Os arquivos de áudio serão armazenados com um número de identificação e seu nome completo não será utilizado. To-

dos os arquivos serão armazenados em um computador protegido por senha e somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso à entrevista integral. Ela será transcrita para que os dados possam ser utilizados na tese de doutorado, em artigos e apresentações em eventos científicos, porém seu nome não será citado em nenhum momento a fim de mantermos a confidencialidade. Ao final da pesquisa, todo o material será arquivado por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados serão apresentados aos participantes na forma, período e local acordados posteriormente.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas acrescentadas ao final do termo.

PARTICIPANTE: Eu, abaixo assinado, declaro ter ciência dos propósitos da pesquisa, ter entendido os riscos e benefícios de minha participação na mesma e concordo espontaneamente em participar desse estudo.

Autorizo a gravação de áudio da minha entrevista

Assinatura do participante: _____

Local/Data: _____

PESQUISADORA: Discuti a pesquisa proposta com este participante e, na minha opinião, ele compreendeu os benefícios, riscos e alternativas (incluindo a de não-participação) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura do pesquisador: _____

Local/Data: _____

Pesquisadora: Milena Maciel de Carvalho

ENSP - Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro- RJ. CEP. 21041-210

Telefone:

E-mail:

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Endereço CEP/ENSP (Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel. e Fax - (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ANEXO B



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**
(Profissionais de saúde da assistência humanitária)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*Apoio psicossocial e promoção da saúde: caminhos para uma intervenção integral no contexto de desastre*”, por trabalhar ou ter trabalhado com apoio psicossocial em situação de desastre em uma organização da assistência humanitária. Esta pesquisa está sendo desenvolvida por Milena Maciel de Carvalho, aluna do curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da professora Dra. Simone Santos Oliveira.

O objetivo geral da pesquisa é analisar ações e necessidades de apoio psicossocial em desastres, com enfoque na perspectiva da integralidade das ações e na promoção da saúde.

Serão abordados no estudo aspectos relativos aos documentos normativos, legislações e protocolos que tratam das práticas de apoio psicossocial em situações de desastre no mundo; às ações de apoio psicossocial em dois eventos emblemáticos ocorridos no Brasil nos últimos anos (enchentes na Região Serrana do Rio de Janeiro em 2011 e rompimento da barragem da mineradora Samarco, em Minas Gerais, em 2015) e aos fatores facilitadores e obstáculos nas dimensões individual, comunitária e institucional para que essas ações psicossociais ocorram de forma efetiva.

A etapa da pesquisa que envolverá sua participação será a de entrevistas com profissionais da área da Saúde, que atuem ou já tenham atuado em uma ou mais ações de apoio psicossocial em situação de desastre em uma organização de assistência humanitária.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora e as perguntas incluem aspectos sobre a experiência dos entrevistados com essas ações, a compreensão dos mesmos sobre desastres e apoio psicossocial, bem como os protocolos e documentos que fundamentam suas ações e práticas.

Sua participação não é obrigatória e a recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a Fiocruz ou com a Organização a qual está ou esteve vinculado(a). A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

Como benefícios de sua participação, acreditamos que as entrevistas permitirão o acesso oral ao histórico dos protocolos de organizações humanitárias, possibilitando uma análise sobre a evolução das práticas psicossociais em desastres no Brasil e no mundo. Nesse sentido, a pesquisa favorecerá a reflexão sobre sua prática de trabalho e valorizará os saberes e práticas dos profissionais de saúde da assistência humanitária.

Quanto aos riscos de sua participação nesta pesquisa, identificamos que a preservação do anonimato de alguns profissionais possa não ser possível, apesar de utilizarmos nomes fictícios. A possibilidade de identificação pode ocorrer em razão de sua função dentro da Organização a qual está vinculado (a). No entanto, por se tratar de uma entrevista para levantamento e conhecimento de experiências na área da assistência humanitária e sobre o histórico de alguns documentos na área, entendemos que a possível identificação dos profissionais e instituições não caracterizaria prejuízo para ambos.

Outro risco possível é o de que a entrevista possa gerar certo desconforto ou trazer emoções à tona aos participantes, por remetê-los a experiências relacionadas a situações de sofrimento, vivenciadas em suas práticas.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão usadas sem a identificação do profissional que as forneceu. Portanto, na tese que será escrita ou em quaisquer outras publicações científicas utilizaremos nomes fictícios. O sigilo e a privacidade necessários para sua participação neste estudo estão de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O áudio da entrevista será gravado, caso você autorize. Os arquivos de áudio serão armazenados com um número de identificação e seu nome completo não será utilizado. Todos os arquivos serão armazenados em um computador protegido por senha e somente a pesquisadora e sua orientadora terão acesso à entrevista integral. Ela será transcrita para que os dados possam ser utilizados na tese de doutorado, em artigos e apresentações em eventos científicos, porém seu nome não será citado em nenhum momento a fim de man-

termos a confidencialidade. Ao final da pesquisa, todo o material será arquivado por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/2012 e orientações do CEP/ENSP. Os resultados serão apresentados aos participantes na forma, período e local acordados posteriormente.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Todas as páginas serão rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas acrescentadas ao final do termo.

PARTICIPANTE: Eu, abaixo assinado, declaro ter ciência dos propósitos da pesquisa, ter entendido os riscos e benefícios de minha participação na mesma e concordo espontaneamente em participar desse estudo.

Autorizo a gravação de áudio da minha entrevista

Assinatura do participante: _____

Local/Data: _____

PESQUISADORA: Discuti a pesquisa proposta com este participante e, na minha opinião, ele compreendeu os benefícios, riscos e alternativas (incluindo a de não-participação) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura do pesquisador: _____

Local/Data: _____

Pesquisadora: Milena Maciel de Carvalho

ENSP - Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos, Rio de Janeiro- RJ. CEP. 21041-210

Telefone:

E-mail:

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o

papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Endereço CEP/ENSP (Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel. e Fax - (21) 2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>