

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**SAÚDE MENTAL EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES:
Contribuições à prática do psicólogo.**

MARINA HAASE DA COSTA FRANCO

PORTO ALEGRE

2013

Marina Haase da Costa Franco

**SAÚDE MENTAL EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES:
Contribuições à prática do psicólogo.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Psicóloga.
Orientadora: Sandra Djambolakdjian Torossian

Porto Alegre, 2013.

Marina Haase da Costa Franco

**SAÚDE MENTAL EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES:
Contribuições à prática do psicólogo.**

Conceito final: **A**

Aprovado em 12 de dezembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Ms. Camila dos Santos Gonçalves – UNIFRA

Orientadora – Prof^a Dr^a Sandra Djambolakdjian Torossian – UFRGS

Porto Alegre, 2013.

*Dedico esta escrita ao colega e amigo Samuel Eggers,
cuja morte foi a maior tragédia que vivemos
coletivamente neste Instituto de Psicologia.
A psicóloga que eu sou hoje tem um pouquinho dele
e de cada um dos outros companheiros
que caminhavam ao nosso lado...*

SUMÁRIO

Introdução	6
Nomeando...	7
A voz da experiência	10
Etapas de intervenção: “É melhor prevenir do que remediar!”	11
Entrando em crise!	14
Diagnóstico e patologização da vida	16
E agora, o que se faz?	17
Primeiros-socorros	23
A comunidade afetada e seu território	24
O que pode a psicanálise falar mais sobre isso?	27
O caso do incêndio na boate Kiss	35
Organização emergencial em Santa Maria	36
E depois do agora?	41
Resiliência	42
Resiliência comunitária de Santa Maria	45
Considerações finais	49
Referências	52

Introdução

No Código de Ética Profissional do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), o artigo 1º item d) das responsabilidades do psicólogo define, como um de seus deveres fundamentais, “prestar serviços profissionais em situações de calamidade pública ou de emergência, sem visar benefício pessoal”. Ou seja, este serviço poderá ser prestado de forma gratuita, inclusive mediante trabalho voluntário. Este se impõe pela responsabilidade social, e deve ser encarado com seriedade e profissionalismo, seguindo todas as demais responsabilidades previstas pelo mesmo Código de Ética.

Apesar da importância da intervenção prevista, o debate sobre o desenvolvimento de estratégias específicas na área de saúde mental pós-desastre encontra-se aberto por diversos motivos. Noal *et al* (2013, p. 4) apontam aquelas que consideram as principais razões: “as sobreposições recorrentes entre o que é nomeado como ‘desastre’ ou ‘emergência’ ou ‘acidente’ ou ‘crise’; a reflexão ainda incipiente sobre a especificidade da produção de cuidados nessas situações, a tentadora sedução de adotar uma postura compassional e assistencialista, e ainda mais as dificuldades de se enfrentar o desafio da atuação em rede neste contexto, não apenas na área da saúde, mas também nas articulações com a assistência social, a educação, a Defesa Civil, entre outros”.

Neste momento de conclusão da minha graduação em Psicologia na UFRGS, o presente estudo brota da necessidade de encontrar suporte teórico e técnico em relação a esse tipo de situações, uma vez que não se tocou diretamente no assunto em todo o curso. As faculdades de Psicologia vêm preocupando-se, cada vez mais, em formar alunos mais críticos do que técnicos, compondo um processo de formação com mais instabilidades do que certezas. Por um lado, podemos nos questionar, com Rivero (2013): através do contínuo reinventar(-se) que nos propõe a formação em psicologia, “com tanta intimidade com as situações de crise, não estaria o profissional da psicologia altamente preparado ética, técnica e politicamente para os eventos de emergências e desastres?” (p.11). Por outro lado, nem assim Rivero nega a importância de introduzir o tema como campo de reflexão e de intervenções “para evitar questionamentos como: E agora, o que se faz? Afirmar, no entanto, que a introdução de conhecimento sobre emergências e desastres na formação

prepararia o profissional para essas situações é negligenciar a complexidade e intempestividade da própria vida” (p.11).

Enquanto campo de atuação do psicólogo, considero as situações de emergências e desastres um possível campo de articulação entre diversas abordagens, em função da urgência e complexidade que esta problemática nos coloca. Portanto, farei uma revisão crítica da literatura, tendo em vista que, na saúde pública, diferentes estratégias seriam complementares e não necessariamente concorrentes. Além disso, foi realizado um estudo de caso, no qual utilizei um caso real e contemporâneo para elucidar algumas questões sobre as práticas neste campo.

Nomeando...

Para uma definição conceitual, apresentarei aqui algumas distinções entre nomenclaturas comumente utilizadas neste campo de estudo. Slaikeu (1999), que trabalha com o conceito de intervenção em crise, diferencia as crises vitais (relacionadas aos ciclos do desenvolvimento humano) e circunstanciais (repentinas, precipitadas por algum evento extremo e imprevisível). Por representar graves ameaças à saúde física e mental, as crises com frequência requerem ações imediatas de assistência. O autor observa que o termo chinês para “crise” (*weiji*) está composto de dois caracteres que significam perigo e oportunidade, enquanto a raiz grega é *Krinein*, que significa “decidir”. As derivações da palavra grega indicam que a crise é um momento crucial de discernimento, decisão e, conseqüentemente, de mudanças, que poderão ser para melhor ou pior. Isto é, apesar de sua vivência dolorosa e dos riscos que implica, a crise oferece uma oportunidade de se desenvolver enquanto sujeito, como parte do processo de resiliência (CYRULNIK, 2001) – conceito que será explicado mais adiante.

Alguns dos eventos que podem originar uma crise circunstancial são descritos como acidente, emergência, desastre ou catástrofe, não havendo consenso entre os teóricos. Um protocolo espanhol (PATRONATO PROVINCIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE CÓRDOBA, 2005, p. 18) define tais termos como “períodos de crise social” e apresenta uma diferenciação conceitual entre os mesmos, principalmente pelas dimensões dos danos causados e pelo grau de estresse coletivo. Embora uma das características de distinção seja o número de vítimas, devem-se usar critérios mais qualitativos para distinguir tais conceitos

– por exemplo, a capacidade de resposta do sistema, o grau de ruptura nas estruturas sociais da comunidade, as consequências psicológicas nas vítimas, a vulnerabilidade da comunidade.

Sendo assim, o acidente estaria no extremo que produz menos estresse coletivo, já que afeta um grupo muito específico de vítimas, não reverberando nas redes envolvidas. Pode-se pensar em um acidente de trânsito ou de trabalho, entre outros.

A emergência produziria mais estresse coletivo que o acidente, na maioria das vezes causada por um desastre ou outro acontecimento inesperado. Por ocorrer em um lugar muito concreto, afeta parte da respectiva comunidade ao interferir sobre as atividades realizadas por um determinado número de pessoas implicadas. O termo se diferencia da definição de desastre pela capacidade do grupo social afetado de controlar a situação: por exemplo, apagar um incêndio urbano e resgatar o maior número possível de vítimas, providenciando as medidas de segurança e assistência necessárias.

Já o desastre seria um evento gerador de alto grau de estresse e potencialmente traumático, experimentado coletivamente. Afetaria um maior número de pessoas por envolver uma ruptura na maioria das estruturas sociais e da infraestrutura comunitária básica disponível. Pela insuficiência dos recursos habitualmente empregados, pode requerer ajuda externa. Para a Sociologia dos Desastres, o desastre significa um acontecimento social trágico que deve ser entendido como crise, a qual ocorre em um tempo social (um tempo que não meramente o cronológico) e exige foco no processo coletivo de planejamento (VALÊNCIO, 2011, p. 21). Os danos e prejuízos consequentes do desastre são de todas as ordens: perdas humanas, materiais, econômicas, efeitos emocionais, físicos, cognitivos, comportamentais, interpessoais. Na realidade brasileira atual, são exemplos de desastres os acidentes aéreos, as enchentes e deslizamentos de terra decorrentes de chuvas intensas, os quais têm início súbito ou agudo. As epidemias e os períodos de seca em certas regiões do país também representam desastres, porém de início lento ou crônico, não colocando uma situação de emergência. Tais condições exigem atenção integral em saúde: intervenções com grandes grupos em um curto período de tempo.

Alguns autores (GARCÍA & GIL¹, 2004 *apud* PATRONATO PROVINCIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE CÓRDOBA, 2005) diferenciam conceitualmente desastre e catástrofe, tendo em vista suas proporções ou mesmo o caráter transgeracional dos danos causados à comunidade. A catástrofe produziria ainda mais estresse coletivo do que o desastre, devido à ruptura de todas as estruturas sociais da comunidade afetada, podendo ter como exemplo o terremoto de 2010 no Haiti ou as bombas nucleares nas cidades japonesas de Hiroshima e Nagasaki durante a II Guerra Mundial. Além de controversa, essa diferenciação é arriscada, uma vez que permanece muito suscetível aos juízos de valores da opinião pública. Afinal, a quantas outras guerras civis não lhes permitimos o status de catástrofe? E os recentes reassentamentos de comunidades inteiras em bairros pobres de Porto Alegre, acaso não causam a ruptura de todas as suas estruturas sociais? Tais situações, entretanto, dificilmente seriam enquadradas como catástrofes.

A partir de outra leitura, autores com viés psicanalítico (NESTROVSKI & SELIGMANN-SILVA, 2000) oferecem outra diferenciação entre estes dois conceitos. Considerando que “tanto no plano simbólico quanto no plano concreto, um fenômeno de desastre circunscreve múltiplas e diferentes vivências, de tal sorte que as afetações num desastre não são as mesmas para [cada pessoa implicada]” (VALÊNCIO, 2011, p. 22), podemos afirmar que a vivência de um mesmo evento pode ser traumática para algumas pessoas, e para outras não. Na leitura psicanalítica, o desastre ocorre para todos os envolvidos, mas é a instauração do trauma o que lhe confere seu tom catastrófico. Portanto, dependerá da experiência vivida a partir do desastre e dos significados que essa possa vir a engendrar para o sujeito, de acordo com os recursos que ele possa ou não acessar.

A palavra ‘catástrofe’ vem do grego e significa, literalmente, ‘virada para baixo’ (*kata* + *strophé*). Outra tradução possível é ‘desabamento’ ou ‘desastre’; ou mesmo o hebraico *Shoah*, especialmente apto no contexto. A catástrofe é, por definição, um evento que provoca um *trauma*, outra palavra grega, que quer dizer ‘ferimento’. ‘Trauma’ deriva de uma raiz indo-européia com dois sentidos: ‘friccionar, triturar, perfurar’; mas também ‘suplantar’, ‘passar através’. Nesta contradição – uma coisa que tritura, perfura, mas que, ao mesmo tempo, é o que nos faz suplantá-la, já se revela, mais uma vez, o paradoxo da experiência catastrófica (NESTROVSKI & SELIGMANN-SILVA, 2000, p. 8, grifos dos autores).

¹ GARCÍA-RENEDO, M.; GIL-BELTRÁN, J. M. Aproximación conceptual al desastre. Cuadernos de crisis, nº 4. Vol 1, 2004.

Em outras palavras, um desastre – que gera uma situação de crise – não necessariamente será uma catástrofe – que gera um trauma – para cada indivíduo ou coletivo. A respeito dessa questão, discutiremos mais adiante a noção de desamparo e as possibilidades de simbolização do traumático. Por ora, mantereí o termo *desastre* para tratar do evento objetivo. Este pode requerer ou não ações de emergência, e as intervenções em saúde iniciam na atuação emergencial e seguem pelo tempo necessário até dar conta da situação de calamidade, direcionadas a todos os *sujeitos* que assim desejarem (e não *vítimas*, evitando nomear de antemão e repetir o traumático).

A voz da experiência

A partir de diversas experiências de intervenções em situações de desastre no Brasil e no exterior, Noal *et al* (2013) escrevem sobre algumas especificidades desse trabalho. Primeiramente, recusam a separação entre os desastres naturais e aqueles decorrentes da ação humana. “Os desastres naturais apenas potencializam desastres humanos de proporções pouco dimensionadas em um contexto de rotina e são, assim, potencialmente muito mais danosos nas regiões que já tem dificuldades de verem suas demandas atendidas” (p. 4-5). A violência institucionalizada, atravessada por diversas relações de poder, sistematicamente deixa alguns grupos sociais muito mais suscetíveis à ocorrência de desastres e faz destes ainda mais “desastrosos” quando ocorrem.

Sobre as especificidades da atuação em emergências e desastres, Noal *et al* (2013) sustentam que a ação do psicólogo deve estar contextualizada, isto é, inserida em uma proposta de ação mais ampla para a população afetada. Aí se articulariam o poder público, as organizações civis, os diferentes níveis de atenção à saúde, o trabalho de voluntários, por meio de um planejamento coletivo de manejo da crise. Portanto, o psicólogo deve ter conhecimento das redes constituídas a nível público e privado, bem como do seus fluxos e funcionamento.

Os autores lembram, também, que não cabe ao psicólogo o papel de substituto do serviço de saúde local – especialmente levando-se em conta os voluntários ou membros de ONGs (organizações não governamentais) que se apresentam a agir nessas situações. É fundamental ter em mente que, ao término da intervenção do psicólogo voluntário, não há garantias de que o beneficiário da sua ação encontrará outro suporte sistemático.

Em meio à presença lógica e esperada do desespero, da tristeza, da dor e do luto, as necessidades básicas de qualquer pessoa devem estar supridas em primeira instância (NOAL *et al*, 2013). Nessas situações, fornecer comida, água, abrigo, um mínimo de conforto físico e emocional são também ações de saúde mental, ainda que não desempenhadas diretamente por psicólogos. A intervenção em saúde mental, por sua vez, deve ter como objetivos a elaboração dos sofrimentos gerados pela situação (coletivos e individuais) e a autonomia dos sujeitos, das comunidades, das autoridades envolvidas. Embora isso não deva soar muito diferente de qualquer intervenção psicológica, modifica-se substancialmente a cena clínica se consideramos que cada psicólogo atenderá dezenas ou centenas de pessoas, sofrendo a partir de um mesmo acontecimento, no exato momento da sua crise, que é o mesmo momento em que o profissional estará conhecendo cada paciente.

É sabido que grande parte da população atingida por um desastre padecerá de sofrimento intenso, porém encontrará conforto e apoio em suas estratégias comunitárias e cotidianas. Haverá também casos que poderão se beneficiar de projetos terapêuticos singulares. Dentre estes, em menor volume, aparecerão casos que necessitarão uma escuta especializada e até mesmo uma intervenção farmacológica. Noal *et al* (2013) ainda ressaltam que, em geral, são aqueles já mais vulneráveis – como os pacientes psiquiátricos, moradores de rua, desassistidos crônicos – que mais sofrem e que são menos percebidos pelas ações humanitárias de contenção.

Visto que a emergência exige rapidez de resposta, não é o melhor momento para ser desencadeado um processo de aprendizagem entre os profissionais que irão intervir. É importante que este tenha ocorrido em algum momento anterior ao desastre, como forma de preparação, ou pelo menos após o final das intervenções, quando se poderá avaliar a atuação das entidades presentes e da própria rede local de serviços.

Etapas de intervenção: “É melhor prevenir do que remediar!”

A intervenção em situações de emergência e desastre, segundo Ventura (2011), é composta por três etapas: preventiva, emergencial e pós-emergencial². Pode soar estranho falar em prevenção quando se trata de eventos inesperados ou mesmo imprevisíveis.

² Demais autores, como Slaikeu (1999), embora utilizem nomenclaturas distintas, referem-se à mesma ideia dessas etapas.

Contudo, em diversos aspectos, pode-se reduzir a probabilidade de ocorrência de desastres e/ou amenizar as consequências que o mesmo terá. Incluem-se aí ações dirigidas a avaliar e reduzir riscos e uma preparação coletiva, como costuma acontecer nas regiões comumente atingidas por terremotos, por exemplo. Estamos falando, portanto, de uma questão de políticas públicas, mas para além dos objetivos já citados, políticas de Estado que proporcionem condições mínimas para uma vida digna, compondo uma rede efetiva de serviços e recursos acessíveis. Afinal,

quanto menos atentas as instituições do Estado estiverem com o dever de proteção da pessoa humana, pela adoção de políticas compensatórias quando as circunstâncias assim o exigirem, maior será a necessidade de prover aportes humanitários aos grupos desvalidos, anômicos e impotentes, gerando a aparência de grande compaixão e solidariedade onde, estruturalmente, paira a indiferença social (VALÊNCIO, 2011, p. 24-25).

Evidentemente, entre os grupos sociais de uma cidade, estado ou país existem significativas desigualdades, estando alguns deles mais expostos à ocorrência de desastres. A desproteção sócio-política se reflete, por exemplo, na falta de planejamento urbano e nas condições precárias de vida de certas comunidades. Rosa (2002) assinala que este processo de exclusão não tem uma forma única e não é uma falha do sistema a ser combatida como algo que perturba a ordem social; pelo contrário, ele é intrínseco ao funcionamento do sistema. Tal processo, recalcado pela ordem social, é reforçado por instituições perversas e lógicas individualizantes, conferindo a certos grupos o lugar de resto na estrutura social. Essa violência institucionalizada – e muitas vezes naturalizada – é o que gera a sensação de que, a cada tormenta, sempre morrem os mesmos...

Atualmente, nota-se o efeito,

para muitos, da exclusão do acesso aos bens e aos modos de gozo próprios do modelo econômico neoliberal. Parece estar havendo a quebra dos fundamentos do contrato social, com conseqüente desproteção de uma parcela da população e, por vezes, total desamparo social, impedindo seu acesso efetivo aos recursos institucionais organizadores da vida social (saúde, educação, moradia, trabalho, segurança, etc.). Além do desamparo social, chamo também a atenção para o que Pierre Bourdier descreve como violência simbólica, que perpetua e submete os sujeitos ao discurso social dominante, promovendo sua adesão aos fundamentos da organização social que lhes atribui lugares marginais. Adesão seguida de conformismo e/ou irrupções de violência. Afirma Mário Pujó, que o modelo econômico neoliberal gera uma sensação de desproteção aliada a

um crescente desamparo discursivo, caracterizado pela fragilização das estruturas discursivas que suportam o vínculo social, no que rege a circulação dos valores, ideais, tradições de uma cultura e resguardam o sujeito do real. Dizendo de outro modo, atualmente o ideário iluminista igualitário e libertário mascara as regras e valores do modelo neoliberal, pautado pela lógica do mercado e pelo privilégio do capital. Este jogo discursivo expõe o sujeito ao risco de confrontação com o traumático - aquilo que está fora de sentido. A exposição traumática é dupla: por um lado, sua ocorrência é facilitada; por outro lado, os recursos necessários à elaboração do trauma encontram-se diminuídos (ROSA, 2002, p. 1-2).

A elucidação que a autora faz em relação ao duplo desamparo – social e discursivo – produzido na sociedade capitalista neoliberal justifica o trabalho do psicólogo em todas as três etapas de intervenção em emergências e desastres, devendo ser levada em conta no momento da escuta. De acordo com uma concepção ampliada de saúde, o psicólogo pode e deve atuar na criação, adequação e execução de políticas públicas que visam combater as desigualdades sociais. Medidas de promoção em saúde também podem operar no sentido de incrementar os recursos pessoais e comunitários, fomentar problematizações, buscando assim atenuar o desamparo social e discursivo.

Existem, também, possibilidades de atuação de caráter preventivo que caberiam ao psicólogo em situações de emergências e desastres. A participação nos processos de construção de mecanismos de prevenção e atenuação de desastres envolve atividades de identificação e análise de riscos, bem como procedimentos visando evitar a transformação desses riscos em ameaças ou desastres. O psicólogo auxiliaria na definição dos mecanismos mais adequados de apoio à população afetada por desastres. Salientamos que, como profissional da saúde, sua atuação deve sempre fundamentar-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma antimanicomial. Pode também capacitar profissionais que atuam no SUS a fim de estabelecer equipes de referência para atenção a afetados por desastres, além de capacitar as diversas equipes de saúde e Defesa Civil para atuação nos momentos de emergência, visando tornar sua ação mais integral.

Na etapa emergencial, a intervenção dos psicólogos tem início imediatamente após o acontecimento, podendo durar alguns dias, conforme as particularidades do desastre. Normalmente ligado a outras ações de resgate, atenção médica ou óbito, trata-se de um trabalho mais pontual, que pode ser realizado por profissionais de saúde mental e demais trabalhadores ou outras pessoas do círculo social dos afetados, preferencialmente mediante

a devida capacitação ou orientação. As ações são dirigidas a pessoas de algum modo afetadas pelo desastre e suas famílias. O primeiro atendimento deve durar o tempo que for necessário, e pode ser realizado em qualquer lugar – em casa, hospitais e outros centros de saúde, igrejas, cemitérios, abrigos, instituições de ensino, ambientes de trabalho, espaços comunitários, ou mesmo por telefone. Os objetivos principais são reduzir a mortalidade, dar apoio e conectar o sujeito com os recursos necessários para enfrentar a situação imediata.

A terceira e última etapa se dá durante as semanas, meses ou anos que se seguem ao desastre. Este trabalho tem um caráter mais longitudinal, sendo realizado por profissionais da saúde para atender aos casos que apresentem maiores dificuldades em superar o estado de crise. A intervenção pode ser feita através dos diferentes dispositivos clínicos disponíveis na comunidade – como psicoterapia, oficinas, acompanhamento terapêutico (AT) – no intuito de elaborar a experiência traumática, integrando-a à experiência de vida do sujeito da maneira mais suportável possível. Mais questões relativas a esses processos serão aprofundadas na sequência.

Entrando em crise!

A Teoria da Crise apresentada por Slaikeu (1999) consiste em um conjunto de princípios e hipóteses que vêm recebendo a atenção de profissionais e pesquisadores. Em um viés sistêmico, o autor afirma que qualquer situação de crise, embora signifique uma situação de perigo, também tem o potencial de levar a pessoa e sua família ao que chama de níveis mais altos de funcionamento. Por isso, é de extrema importância dispendir cuidados em saúde às pessoas afetadas por desastre desde o momento em que este ocorre, ainda que o caráter imediato das intervenções permita pouco tempo de planejamento e estruturação das mesmas.

Assim, Slaikeu vê a situação de crise como um desafio. Define “crise” como um estado emocional de desorganização e desequilíbrio caracterizado principalmente pela incapacidade do indivíduo para manejar situações particulares utilizando seus métodos habituais para solução de problemas (um colapso das estratégias prévias de enfrentamento), bem como pelo potencial para obter resultados radicalmente positivos ou negativos. O estado de crise é desencadeado por um acontecimento e está limitado no tempo, embora esse tempo não possa ser determinado *a priori*. Ou seja, os comportamentos manifestados

durante a crise mantêm certo padrão e são temporários, pois nem mesmo o próprio corpo suportaria tal nível de tensão continuamente por mais tempo. A resolução final da crise, para o autor, depende de fatores sobre a gravidade do ocorrido e os recursos pessoais e sociais do indivíduo. Portanto, haveria uma intervenção diferente durante o *estado* de crise e outra, posterior, voltada para o *processo* de superação da mesma. Respectivamente, trata-se dos níveis secundário e terciário de intervenção na teoria de Slaikeu, na qual o nível primário (prevenção) diz respeito às condições globais de vida do indivíduo, família ou população.

Caplan (1964, *apud* SLAIKEU, 1999, p. 34) descreve o início da crise a partir dos quatro pontos a seguir. Primeiramente, se eleva o nível de tensão pelo impacto de um acontecimento, o qual provoca as habituais respostas do indivíduo para solução de problemas. O fracasso dessas respostas, somado ao impacto continuado do evento que precipitou a crise, fomenta o incremento da tensão, os sentimentos de frustração e a ineficiência. Então se mobilizam outros recursos para a resolução dos problemas; neste ponto, a crise pode se desviar por qualquer uma das seguintes opções: redução da ameaça externa, êxito nas novas estratégias de enfrentamento, redefinição do problema, ou renúncia aos propósitos fixos que resultam inviáveis. Entretanto, se nada disso ocorre, a tensão aumenta até um limite que dá lugar a uma desorganização emocional grave.

Já Horowitz (1976, *apud* SLAIKEU, 1999, p. 34-35), baseado nas teorias de fases do luto e em consonância com estudos semelhantes ao seu, se dedica a descrever as reações individuais a tensões graves como, por exemplo, a morte de um ente querido. Enumera cinco etapas, que não ocorrem necessariamente nessa ordem (trata-se de um esquema didático, não cronológico) e podem ser simultâneas. São elas:

- 1) Desordem: É o “estado de choque”, enquanto ato-reflexo emocional à notícia ou à própria vivência do evento crítico. Pode se expressar como catatonia, pranto, angústia, grito, desmaio, lamentos, etc.
- 2) Negação: Conduz ao amortecimento do impacto emocional, podendo se apresentar acompanhada de um entorpecimento emocional – não pensar no que aconteceu, ou planejar atividades como se nada tivesse acontecido. Isso pode dar a impressão (equivocada) de que a pessoa é “muito forte”, insensível ou que não compreende a gravidade da situação.

3) Intrusão: Quando cai a defesa da negação, o indivíduo sente o pleno impacto do ocorrido. Há uma abundância involuntária de pensamentos dolorosos ligados ao desastre, ou seja, são característicos desta etapa os pesadelos recorrentes, imagens intrusivas, *flashbacks*, preocupações e crenças como “eu não vou conseguir seguir em frente”.

4) Translaboração: É o processo no qual se aceitam, expressam e identificam pensamentos, sentimentos e imagens da experiência de crise. Algumas pessoas progredem e elaboram essas experiências naturalmente, enquanto outras precisam de ajuda externa.

5) Término: Considera-se a etapa final da experiência de crise, ao conseguir integrar a vivência da crise à experiência de vida do indivíduo. Isto é, a situação traumática foi enfrentada, os sentimentos e pensamentos foram identificados e devidamente expressados, e a reorganização foi consumada ou, pelo menos, iniciada. Isto não significa que, quando se lembra do acontecido, a dor ou a tristeza estarão ausentes a partir desse momento; a característica principal desta etapa é que terminou a desorganização do estado de crise.

Diagnóstico e patologização da vida

O estado de crise, sobretudo em suas três primeiras etapas, se assemelha rigorosamente ao que os manuais diagnósticos identificam como Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) – sob o código 309.81 no DSM-IV (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995) e F 43.1 no CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993). Slaikau (1999), baseando-se em diferentes pesquisas científicas (p. 23-24), não é conclusivo em relação aos limites de tempo para o estado de crise: apresenta uma média de seis semanas para o término do estado de desorganização, porém reconhece que os efeitos da crise persistem por anos após o incidente crítico. Mesmo assim, para o diagnóstico de TEPT, o critério do DSM-IV é de que os sintomas tenham a duração mínima de quatro semanas apenas. Além disso, o DSM-IV propõe que, se a sintomatologia estiver presente no tempo inferior a quatro semanas, seja diagnosticado como Transtorno de Estresse Agudo. E ainda há o TEPT Crônico, se superior a três meses, e o de Início Tardio, se os sintomas aparecem seis meses após o evento traumático. Nessa perspectiva, qualquer reação a um evento potencialmente traumático seria patológica. A partir de outra lógica, prefiro falar em reações normais frente a um acontecimento anormal.

A psicanalista Freitas (2011), baseada em sua experiência profissional em um desastre (acolhimento de crianças que tinham perdido o pai e/ou a mãe nas enchentes e deslizamentos de terra que acometeram a região serrana do Rio de Janeiro), acrescentaria:

Desconhecer a dependência da vida psíquica à particularidade de sua história é lançar o sujeito em outro desamparo: no do discurso homogeneizante e anônimo da ciência, para o qual tudo o que foi perdido pode ser sempre substituído. Trata-se de uma lógica quase indenizatória que tende a suprimir o aspecto trágico do dano irreparável. (...) Numa civilização regida pelo tempo da urgência e do imediatismo, apostar no tempo do inconsciente é uma subversão (p. 2).

No presente estudo, a crítica se dirige especificamente à categoria diagnóstica de TEPT – tão popular nos estudos psicológicos sobre vítimas de desastre –, entretanto se explica por uma crítica mais ampla aos manuais psiquiátricos e ao processo de subjetivação individualizante que agenciam. Utilizados como padrão de reflexão sobre a natureza do sofrimento psíquico, tais manuais estão longe da pretensa neutralidade científica, sofrendo influências de toda ordem. Afinal, cada novo transtorno é promessa de novos investimentos da indústria farmacêutica, através do aparecimento garantido de verdadeiras epidemias visíveis do dia para a noite graças ao tecnicismo dos profissionais da saúde e à divulgação maciça pela mídia a nível mundial. Assim, se impõe uma tendência de patologização da vida cotidiana, uma tentativa equivocada de transformar toda experiência de sofrimento - ou, por vezes, até de saúde enquanto experimentação subjetiva - em uma patologia a ser tratada. Mas uma vida na qual todo sofrimento é sintoma a ser extirpado é uma vida dependente de maneira compulsiva da voz segura do especialista, restrita a um padrão de normalidade que não é outra coisa senão a internalização de uma normatividade disciplinar. Uma subjetividade apagada e uma vida cada vez mais incapaz de lidar com conflitos, contradições e reconfigurações necessárias, aliás, se torna uma deficiência significativa no momento de lidar com uma situação de crise.

E agora, o que se faz?

Ferigato, Campos & Ballarin (2007) buscam desmistificar o momento de crise como uma situação ruim que deve ser bloqueada e controlada com a maior rapidez possível. Já que as crises pertencem à vida, não faria muito sentido tentar evitá-las; ao contrário, os autores propõem que se deve assumir, acolher e explorar a crise em seu valor enriquecedor

para novas formas de vida. Afinal, se a finalidade de nossa intervenção fosse apenas a de tirar o sujeito da crise, estaríamos despencilando a oportunidade que a ele se abre, oportunidade de transformação, de subjetivação. Portanto, em consonância com a proposta do CREPOP (2013, p. 18), busca-se aqui transpor “a lógica que descontextualiza os sujeitos, amparada sob um paradigma patologizante, no qual as pessoas que vivenciaram o desastre seriam pensadas apenas como sujeitos de uma interioridade traumatizada” e rejeitar o luto enquanto única experiência ou recurso legítimo em uma situação dessas. A partir de diferentes contribuições sobre as intervenções em crise, traço algumas linhas que tentam orientar aquele questionamento: “e agora, o que se faz?”.

Em relação às etapas da crise descritas por Slaikeu (1999) que envolvem desordem, negação e intrusão, são funções do psicólogo acompanhar a pessoa em sofrimento, sem julgá-la (a partir do entendimento do estado de crise) e facilitando a expressão de suas emoções (ajudando a identifica-las e mostrando-lhe que as mesmas constituem uma reação normal). Esta intervenção de emergência implica estar atento às necessidades imediatas, visando acolher o sujeito que sofre e providenciar os encaminhamentos necessários. Os encaminhamentos devem ser acordados com a pessoa em crise, segundo seu grau de autonomia naquele momento, e podem ser das mais diversas ordens.

No Peru (RAMÍREZ, 2011, p. 65-66), costuma-se realizar um acompanhamento para o reconhecimento de vítimas em massa, tarefa na qual o psicólogo ou outro profissional da saúde acompanha os familiares para o reconhecimento dos cadáveres (do corpo ou de partes dele). Primeiramente, as equipes de saúde recebem informação sobre os cadáveres e as condições às quais estão expostos, e só então entram no local onde se encontram os restos mortais. A descrição realizada ajuda as equipes a se preparar e permite que alguns membros possam se retirar caso considerem que não estão preparados para tal tarefa. Em seguida, as equipes abordam as famílias que reconhecerão e identificarão os corpos e descrevem o cenário ao qual serão expostas (no intuito de diminuir o impacto). A partir dessa explicação, algumas famílias podem desistir de realizar o reconhecimento. Se isso acontecer, será preciso dar-lhes mais tempo para tal identificação ou repassar a atribuição a outro membro da família. Também é possível que o cadáver não possa ser encontrado ou reconhecido devido à magnitude do desastre, e seus familiares provavelmente enfrentarão um luto prolongado, necessitando apoio psicológico continuado.

Uma vez terminado o processo de reconhecimento do corpo, acompanha-se os familiares permitindo-lhes expressar os seus pensamentos e sentimentos. Ramírez ressalta ainda que, durante todo o percurso, é importante uma aproximação não só emocional como também física, abraçando, tocando o familiar no ombro ou oferecendo apoio.

No acompanhamento com assistência que representa a etapa de intervenção emergencial, há um desamparo na linguagem que convoca o psicólogo a um amparo corporal. Às vezes, resta ao psicólogo oferecer um gesto quando não há fala possível, onde a palavra aparece mais como voz do que como sentido: uma presença silenciosa.

Ao sujeito em crise, o profissional não pode dizer que “tudo vai melhorar”, como gostaria o otimismo do senso-comum, pois realmente existe a possibilidade de que não melhore. No entanto, poderia afirmar que “do jeito que está, não vai ficar”, a partir do entendimento de que o estado de crise é temporário e dá abertura a novas formas de vida. Segundo Dassoler (2013), uma pergunta recorrente entre os afetados é “por quê isso tinha que acontecer comigo?”, e outra recorrente entre os profissionais de saúde mental é “o que eu posso fazer por esta pessoa?”. Isto é, o que um sujeito pode saber-fazer sobre esse Real que o toma? Assim, se os profissionais se identificam com as vítimas em seu desamparo, incertos sobre como reagir quando os pacientes trazem questões como essa (ou apresentam risco de um *acting out*), a resposta biomédica é a primeira a se insinuar: medicalização. Por isso, é importante resistir à tentação das certezas, evitando uma supermedicalização sem critério. Ferigato, Campos & Ballarin (2007, p. 38) nos recordam que “nem sempre, ao escutarmos o outro, teremos uma resposta imediata para aplacar sua angústia; e se, por um lado, isso gera uma grande angústia a quem ouve, por outro lado, a ânsia por uma resposta ou por um instrumento de cura, pode privar o terapeuta de escutar”. A escuta terapêutica é, então, a principal ferramenta do psicólogo.

Escutar não é uma tarefa fácil quanto parece. Ouvir discursos repletos de dor, angústia e sem nexos aparentes, pode vir a se constituir num trabalho muito árduo, que exige de quem ouve habilidades e uma ética específica. De acordo com a teoria psicanalista, ao falar com o profissional, o discurso do paciente adquire um novo sentido aos ouvidos de quem o discurso é endereçado, diferente do sentido que este mesmo discurso teria para um vizinho, amigo ou familiar. O profissional de saúde mental, ao escutar algo que se manifesta verbalmente ou na linguagem não verbal, não dá razão nem desaprovação, não emite juízo moral, apenas escuta. Este discurso pode manifestar-se através da fala, do fazer, do sintoma, etc.

Mas para o terapeuta ‘o que importa não são os sintomas aparentemente positivos ou negativos em si mesmos, mas o que significa para aquele que vive’ (DOLTO, 1983, citada por STERIAN, 2000); e, ao oferecer a escuta, criamos a demanda, o sujeito se dispõe a se abrir e a ser ajudado (FERIGATO, CAMPOS & BALLARIN, 2007, p. 37-38).

Para que da necessidade se constitua uma demanda, há um movimento do desejo próprio ao sujeito. É fundamental averiguar o que o acontecimento que precipitou a crise significa para cada sujeito. Seria um sério erro clínico pressupor que se tem conhecimento do que tal situação significa para o paciente e o que ela acarreta. Isto também se aplica à identificação das vítimas: quem é afetado pela tragédia e por quê? Como algo que toca a muitos é vivido por cada sujeito em particular? Qual é o envolvimento de cada um no incidente e como o sente? São respostas que não podem ser assumidas *a priori*, mas sim a partir da escuta, vide o depoimento a seguir sobre o incêndio ocorrido em 2004 na boate Cromañón, em Buenos Aires, que deixou cerca de 200 mortos e mais de 1400 feridos:

Yo vengo porque soy primo de J., una chica que murió en Cromañón; pero podría decir que vengo como posible sobreviviente, porque esa noche no fui pero siempre iba... que vengo como posible víctima... y también como posible responsable de lo que ocurrió. Yo también podría haber organizado un recital así... Es más, mi prima que murió, y hacía esas cosas, también lo podría haber hecho” ³(BOZZOLO & L’HOSTE, 2008, p. 240).

Sendo assim, ao invés de *vítimas*, talvez seja mais adequado chamar de *sobreviventes* aqueles que sobrevivem física e/ou psicologicamente a um acontecimento potencialmente traumático. Esta mudança de nomenclatura incide ainda sobre a concepção do cuidado: já não será um especialista que detém o saber cuidando – ou tutelando? – um sujeito patologizado, mas sim um cuidado construído no encontro *entre* dois sujeitos.

É preciso problematizar a intervenção assistencialista em emergências e desastres, bem como a postura compassional do psicólogo, ambas alvo de críticas. O psicólogo, independentemente do adjetivo que forneçam à sua postura, deve estar aberto ao afetar-se. Afinal, ele não é imune à dor, e a neutralidade profissional, além de pura ilusão, considera-se indesejável. Contudo, deixar-se afetar (pelas forças) é diferente de identificar-se com o

³ “Eu venho porque sou primo de J., uma menina que morreu em Cromañón; apesar de que poderia dizer que venho como possível sobrevivente, porque esta noite não fui mas sempre ia... que venho como possível vítima... e também como possível responsável pelo que aconteceu. Eu também poderia ter organizado um *show* assim... Aliás, a minha prima que morreu, e fazia essas coisas, também poderia ter feito isso” (BOZZOLO & L’HOSTE, 2008, p. 240, tradução da autora).

desamparo do sujeito escutado, segundo mencionado anteriormente – o que dificilmente levaria a uma atitude terapêutica.

Quanto ao assistencialismo *das* ações em situação de desastre, já apontamos que tais intervenções em saúde não devem vir a suprir as falhas da rede local, o que deixaria a população desassistida pouco tempo depois. Da rede anteriormente estabelecida (se esta não tiver sofrido grandes prejuízos em virtude do desastre), espera-se que seja efetiva, e apenas apoiada, estimulada e incrementada pela ação emergencial. Por outro lado, o assistencialismo *nas* intervenções de saúde mental se justifica em algumas dessas situações, desde que se saiba quando e por que lançar mão desse recurso. Por analogia aos processos de maturação e adaptação do desenvolvimento humano, para que o sobrevivente a um desastre chegue a ser independente novamente, deverá passar por uma fase de dependência relativa. Poderíamos dizer, baseado em Winnicott (1983) e Bowlby (1989), que se espera um “terapeuta suficientemente bom” para prover uma base segura diante do desamparo instaurado. Em outras palavras, o assistencialismo se justifica quando auxilia o sujeito a se fortalecer o suficiente para poder cuidar de si mesmo; caso contrário, tal assistência não seria terapêutica.

Por exemplo, a situação pode exigir medidas urgentes por parte da pessoa afetada. Quando a desorganização a impede de agir por conta própria ou de maneira coerente, o psicólogo deve ser mais diretivo e pode incluir conselhos, dado o prejuízo temporário na capacidade de tomada de decisão. Slaikeu (1999, p. 30) observa que, durante o estado de crise, o indivíduo tende a ser menos defensivo e mais aberto às sugestões, influências e apoios. Assim, junto ao sujeito em crise, o profissional deve escutar, elencar necessidades imediatas e mobilizar uma ampla variedade de recursos para satisfazê-las, ou até mesmo acompanhá-lo para que possa acessar tais recursos. Pode dar opções como “Quer tentar fazê-lo?” ou “Quer que eu lhe ajude?” e, se for o caso de ajudá-lo, o profissional pode ir descrevendo passo a passo o que está fazendo, para proporcionar confiança e tranquilidade. Também é útil conhecer qualitativamente a rede de apoio profissional e social do indivíduo, para saber quem poderia ajudá-lo e que tipo de ajuda proporcionaria.

O sentimento de culpa constitui outra questão frequente, sinalizada pelo relato de J. quando ele se coloca como “possível responsável” pelo incêndio em Cromañón. Apesar de vivenciada como uma emoção negativa (através da moral), a culpa é uma emoção social

positiva, no sentido da necessária responsabilização pelos próprios atos (através da ética). Quando o sentimento de culpa diz respeito a situações que estavam fora do controle do sujeito ou que não sejam moralmente condenáveis, essa culpa deve ser aliviada, porém isso deve ser feito com cuidado. É recorrente, por exemplo, a fala de culpa por ter entrado em crise ou simplesmente por ter sobrevivido quando outros morreram. Pedir ao paciente “Ajude-me a entender como você se sente em relação ao que aconteceu” e pontuar suas associações, sem repreender sua aparente irracionalidade. O objetivo é aliviar a frustração e o arrependimento (fontes de rancor voltado contra o próprio sujeito), se o ocorrido foi inesperado e não dependia da pessoa atendida: “Se você soubesse que isso aconteceria, teria agido diferente? Eu acho que sim, que teria ficado ao lado dela [da pessoa afetada] e feito o possível para evitar o ocorrido. Mas você não tinha como prevê-lo” ou “Seus atos influenciaram o ocorrido? Não, nada do que você fizesse poderia ter evitado o que aconteceu”. Este outro sentimento, o de impotência, extremamente comum em relação às perdas decorrentes de emergências e desastres, é que será mais dificilmente superado, e talvez apenas em parte, mediante operações concretas e subjetivas.

Dado o caráter emergencial das intervenções em questão, impõe-se necessariamente a flexibilização do setting terapêutico, atualmente já bastante defendida. O tempo e as acomodações para o atendimento ou acompanhamento são os mais variados, assim como as atividades que inclui e as condições sob as quais são realizadas. Por esse motivo, Molina (2011, p. 91) considera que “um psicólogo ligado às emergências tende à versatilidade” e observa que “o perfil do psicólogo costuma relacionar-se à etapa da emergência na qual ele intervém” e às intervenções propostas. De acordo com este autor, é fundamental, para o psicólogo que vai atuar nessas situações, a experiência clínica profissional, e para as intervenções, a utilização de diferentes dispositivos clínicos, tanto individuais como grupais. Eu acrescentaria, portanto, a experiência profissional em saúde pública como essencial para estas práticas, já que proporciona o trabalho com grandes populações, em rede, com diversos dispositivos e uma visão integral da saúde.

O atendimento de emergência, assim como a intervenção em crise, não é momento de análise. Aplicando ferramentas teóricas e práticas, através dos diferentes dispositivos, seu objetivo geral é inserir, na vivência do desastre, experiências de cuidado.

Primeiros-socorros

Os Primeiros-Socorros Psicológicos (PSP, ou Psychological First Aid) são protocolos utilizados internacionalmente, validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPS). Fruto da tentativa de sistematizar e padronizar a atenção psicossocial a emergências e desastres, com base em evidências sobre reações agudas ao estresse, explicitam as ações a serem iniciadas imediatamente, direcionadas a crianças, adultos ou famílias afetadas direta ou indiretamente. “Apesar do nome, trata-se de um protocolo que abarca a esfera social também, não sendo assim uma atuação exclusiva de profissionais de saúde mental” (PARANHOS, 2013, p. 7).

Seu objetivo principal é a prevenção do TEPT, a partir de uma “gestão do estresse” diante de eventos potencialmente traumáticos e de “engajar os sujeitos em estratégias de enfrentamento funcionais de curto e longo prazo” (SILVA *et al*, 2013, p. 97). Opera no sentido da *humanização* dos atendimentos prestados nos distintos serviços acessados, evitando o acúmulo de fatores estressores, e do estabelecimento de espaços de promoção de saúde e de um primeiro atendimento (emergencial).

O conteúdo implícito do PSP já deveria ser familiar para qualquer trabalhador da saúde mental. Para os demais, muitas vezes, apenas um pouco de sensibilidade humana já seria suficiente para poder deduzi-lo. No entanto, seria arriscado deixar cada voluntário à deriva com seus próprios valores como referência, fazendo-se necessários certos acordos no processo de trabalho. Portanto, como qualquer protocolo, o PSP não pode ser seguido ao pé da letra, mas serve de base para a construção de uma intervenção emergencial, orientando desde a organização política até o manejo clínico.

O relato de Silva *et al* (2013) talvez seja o primeiro a expor a aplicação dos Primeiros Socorros Psicológicos no contexto brasileiro. “Tais intervenções devem ser consideradas como de suporte e aconselhamento e não como um tratamento psicoterápico”, visando “responder às necessidades agudas daqueles que querem compartilhar de suas experiências e respeitar a opção dos que preferem não discutir o fato ocorrido” (p. 97). Segundo a experiência dessa equipe,

tal intervenção possibilita o acolhimento emocional do sujeito de forma empática e não invasiva, o desenvolvimento de estratégias de

enfrentamento (*coping*) adaptativas de forma conjunta e a busca por apoio social. O esclarecimento de informações e o material informativo se destacam como uma ferramenta necessária para a conscientização de que reações intensas nesse contexto são normais e para a orientação quanto a como buscar ajuda nos casos em que a recuperação se mostrar difícil (p. 102).

É possível acessar facilmente alguns protocolos internacionais existentes (CARE, 2009; NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK & NATIONAL CENTER FOR PTSD, 2006; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2010; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006). No intuito de amparar profissionais sobre como proceder, o PSP pode ser um guia útil para orientar ações das autoridades responsáveis e para capacitar equipes. Porém, como seria possível manter um protocolo que admita a singularidade de cada emergência ou desastre, de cada pessoa afetada, de cada encontro clínico?

A comunidade afetada e seu território

Para avaliar a comunidade afetada por um desastre, pode ser útil o apoio de instrumentos como o protocolo de Dodge (2006), cujas questões centrais serão comentadas a seguir. Este levantamento difere das demais estratégias de avaliação demográfica ou da psicologia comunitária por estar focada nas informações necessárias à elaboração de uma proposta de intervenção de emergência e ao seu planejamento, buscando dar conta dos diversos níveis de assistência requeridos pela situação de desastre.

1) Avaliação da comunidade por suas características prévias ao desastre: trata de questões sócio-políticas referentes ao(s) idioma(s), à educação (níveis de escolaridade e alfabetização, instituições de ensino presente, etc.), aos aspectos econômicos (nível socioeconômico da comunidade, categorias profissionais ou ocupacionais, atividades econômicas presentes, etc.), às religiões praticadas e outros fatores da comunidade afetada – define um certo perfil populacional. É indispensável avaliar, por exemplo, os recursos de saúde e demais estruturas disponíveis no local, as lideranças comunitárias, aceitabilidade de intervenção externa, bem como as experiências prévias com desastres na comunidade – dados referentes à sua história.

2) Avaliação das circunstâncias do desastre (descrição do evento): trata da natureza e das características do desastre, incluindo a duração, proximidade e gravidade do ocorrido

para a população afetada. Inclui o número de mortos e feridos, bem como o nível de risco dos feridos, e a natureza e extensão dos danos ou perdas relativas à infraestrutura local. Nos casos em que haja conflitos relacionados ao desastre, descrição dos conflitos, do seu grau de violência física e psicológica, condições de cárcere, etc.

3) Avaliação das condições da comunidade após o desastre: trata da natureza e características dos efeitos que reverberam do desastre ocorrido. Avalia o nível de necessidades básicas a serem supridas (água, alimentos, abrigo, barulho, etc. incluindo o grau de estresse suscitado), bem como as necessidades subjetivas mais esperadas. Inclui as condições dos suportes familiares e sociais, isto é, das redes remanescentes. Dados demográficos da população sobrevivente: gênero, idade, residência, ocupação, etc. Se disponível, informação sobre grupos mais vulneráveis como pessoas com doenças mentais, deficientes físicos, órfãos, idosos, entre outros, que podem aparecer conforme o incidente. Possível local para acomodação dos sobreviventes e afetados. Define os objetivos e as expectativas da intervenção na comunidade. Lista as atividades comunitárias em andamento ou prestes a iniciar que possam prover contenção emocional, vínculo afetivo, mobilização social, autonomia, etc. Também os possíveis conflitos ou dinâmicas hostis entre grupos de sobreviventes, seja por razões pré-existentes ou decorrentes da situação atual. Se as pessoas envolvidas estão fora de seu país ou cidade de origem, deve-se determinar o que será feito a respeito, além dos dados sobre as pessoas deslocadas e os recursos disponíveis em seus locais de origem. A possibilidade de abrigar e realizar rituais tradicionais ou espontâneos de despedida e funeral, incluindo a preparação dos corpos para o reconhecimento e a cerimônia. Descrição dos serviços locais de saúde mental em termos de quantidade, localização, especialidades, disponibilidade de apoio, e com que outros serviços da rede podem se articular. Se houver organizações humanitárias intervindo, é fundamental saber quais serviços pretendem oferecer, e como se pode efetuar uma ajuda mútua. Deve-se ter claro quais serão as principais necessidades da equipe de cuidadores e quais recursos estarão acessíveis para fornecer-lhes esse cuidado. Não podem ficar de fora informações-chave sobre questões pragmáticas que influenciam nos planejamentos, como a geografia, possibilidades de acomodação, clima, meios de comunicação, etc.

Tratando-se de um protocolo, é esperado que alguns pontos sejam mais importantes do que outros segundo as particularidades da comunidade e da situação de desastre. Dodge

observa que, a partir desses delineamentos, o planejamento da intervenção começa no primeiro dia e vai se redefinindo a cada momento, sendo essencial a flexibilidade no trabalho em emergências.

As características da comunidade as quais o instrumento de Dodge busca investigar remetem ao conceito de território, muito caro atualmente às políticas públicas no Brasil, especialmente no campo da saúde. Diante das desigualdades existentes dentro de um mesmo município ou região, a noção de território busca resgatar essa heterogeneidade para potencializá-la. A concepção de território engloba a dimensão da produção de subjetividade. O território é um espaço singularizado, que possui significação individual e social, onde se expressam recursos e redes, bem como modos de vida (FONSECA, 2005).

a noção geográfica de território, enquanto espaço físico com limites precisos, não é suficiente para dar conta da sociodinâmica que as pessoas e os grupos estabelecem entre si. A noção de *território-vivo*, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como *lugares* que tomam uma conotação também subjetiva. Na Saúde também utiliza-se a concepção de *territórios existenciais* de Guattari (1990). Os *territórios existenciais*, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas. São territórios que se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das possibilidades, agenciamentos e relações que as pessoas e grupos estabelecem entre si” (BRASIL, 2013, p. 34, grifos do autor).

Falar de territórios existenciais é falar do território como processo (territorialização) no qual “esses personagens e suas paisagens não são considerados como polos opostos e dicotômicos, mas compõem-se mutuamente” (ALVAREZ & PASSOS, 2009, p. 134). O território se constitui “como um *ethos*, que é ao mesmo tempo morada e estilo” (ALVAREZ & PASSOS, 2009, p. 134) e é compreendido a partir da multiplicidade, dos sentidos e dos modos de expressão.

É o entendimento do território em constante processo de produção que viabiliza as intervenções da psicologia sobre o mesmo. Acerca dessa questão, Silveira (2011) nos traz um caso que gera reflexões, a partir de seu trabalho com a população rural afetada por um tornado, em um município no estado de Santa Catarina:

A vergonha dos agricultores (famílias mais atingidas) em receber a doação de alimento, de água e de roupa seca pelas equipes externas de voluntários, organizados pela coordenação das atividades de doação para que chegassem até as comunidades atingidas – umas muito distantes da

cidade – reflete bem a cultura de um povo que está acostumado a trabalhar desde muito cedo, a ter nas mãos as marcas do trabalho com a lavoura e a criação dos animais para sustento seu e de sua família. Essa vergonha demonstrava uma forma de lidar com a vida de modo a não depender de ninguém para prover seu sustento, e ali pairava a angústia dos trabalhadores sociais do município, que viam a cada dia uma dificuldade maior de alcançar as famílias que mais necessitavam das doações (p. 77).

Para que uma intervenção em saúde seja efetiva, deve ser construída conjuntamente com a comunidade afetada pelo desastre, considerando seus saberes e fazeres, sua singularidade (que abarca as multiplicidades). Contudo, quaisquer verdades que diminuam a potência de agir da comunidade ou de uma parcela sua podem ser questionadas, e cabe ao psicólogo facilitar sua problematização junto aos coletivos. No caso mencionado, foi necessária a atuação da psicologia para que essas famílias pudessem receber os artigos doados de que precisavam sem que aumentasse a sua sensação de vulnerabilidade social e emocional.

O que pode a psicanálise falar mais sobre isso?

Alguns conceitos da teoria psicanalítica podem ser de grande utilidade para aclarar os processos psíquicos envolvidos na vivência de uma situação traumática decorrente de um desastre. Rocha (1999) apresenta a noção de desamparo formulada por Freud (em alemão, *Hilflosigkeit*), que se refere ao estado do recém-nascido: sem recursos, sem proteção, sem amparo. Pelo fato de o ser humano sempre nascer “prematureo” no que diz respeito à sua imaturidade motora e psíquica, o recém-nascido se encontra totalmente incapaz de ajudar-se a si mesmo, isto é, de satisfazer sozinho suas necessidades vitais de sobrevivência, com seus próprios recursos. Contudo, não só do ponto de vista biológico a situação do recém-nascido é emblemática, pois ela também significa uma situação de desamparo diante do desejo do Outro. Esse ponto da teoria freudiana foi ressaltado por Lacan, já que o inconsciente se constitui *na e pela* relação com o Outro.

A dependência da criança não é só uma dependência biológica, ela é sobretudo uma dependência de amor e de desejo. E a angústia de desamparo manifesta-se quando a criança se sente ameaçada pela voracidade desse desejo obscuro e desconhecido do Outro. Assim considerado, o desamparo é constituinte da inserção do sujeito no mundo da linguagem e deixa transparecer essencialmente uma falta fundamental, *"le manque à être"*, ou seja, uma falta-a-ser (para usar a expressão de Lacan). (ROCHA, 1999, p. 336).

Quando falamos do desamparo constituinte da inserção do sujeito no mundo da linguagem, falamos do desamparo infantil como condição estruturante da subjetividade: através da relação com o Outro, do laço social, vai se colocando para o bebê a dimensão do Simbólico ao Real. Se, por um lado, a essência do desamparo é a solidão e o sentimento de impotência, por outro lado, o desamparo abre para a alteridade. Como diz Rocha (1999), o desamparo “é um grito desesperado de ajuda lançado na direção do outro. Quando o grito fica sem resposta, o desamparo torna-se desespero” (p. 342). Sendo assim, de acordo com este autor, a situação originária de desamparo é o modelo de inúmeras outras situações de desamparo com as quais nos confrontamos ao longo da vida. E a angústia do desamparo torna-se a angústia típica da condição humana, marcada pelo limite do não-ser.

Se, antes, por causa da imaturidade biológica e psíquica do sujeito, sua vivência não podia ser integrada como uma verdadeira experiência, no entanto, na vivência primitiva do desamparo foram inscritos traços que podem funcionar como um "apelo de sentido" e que "só depois" se convertem em uma verdadeira experiência de vida. Dir-se-ia que a experiência originária é uma experiência que nunca termina de ser feita, e que só quando se repete nas experiências posteriores e lhes revela o significado encontra o seu verdadeiro sentido de experiência originária e arquetípica. A fonte só revela seu segredo de fonte, quando, posteriormente, constitui os mares e os rios (ROCHA, 1999, p. 336).

O que torna a experiência do desamparo uma experiência estruturante da subjetividade, segundo Rocha (1999, p. 341) em consonância com o pensamento de Heidegger, “não é só a experiência angustiante do nada, mas a experiência da abertura e da possibilidade para as infinitas novas formas de manifestações do Ser”. Desse modo, a proposta de Rocha aponta uma direção do tratamento, ao tratar do desamparo não como uma fatalidade, mas como um desafio.

Juntamente com a tarefa da existência, recebemos também a responsabilidade de lhe dar um sentido. (...) Assumir sua condição fundamental de desamparo e lutar para encontrar soluções para as situações de desamparo, e para construir, como diz Joel Birman, uma estilística da existência, este o nosso grande desafio (ROCHA, 1999, p. 344).

Pereira (2008) vai ao encontro desse raciocínio quando afirma que

o trabalho fundamental que o aparelho psíquico pode realizar após o encontro inegável com este horizonte de Nada, ante o qual está desamparado, é o de atribuir-lhe um limite e um lugar na vida psíquica

mesmo se a vacuidade fundamental da experiência traumática permanece inapreensível (p. 257).

Portanto, trata-se de uma conceituação de desamparo enquanto “dimensão fundamental da vida psíquica que indica os limites e as condições de possibilidade do próprio processo de simbolização” (PEREIRA, 2008, p. 127) ou mesmo como “a condição última de falta de garantias do funcionamento psíquico, que o homem tem de enfrentar quando se livra de todas as ilusões protetoras que cria para si mesmo” (PEREIRA, 2008, p. 130). Dos acontecimentos da vida que nos lançam ao desamparo e sobre os quais não conseguimos nos pronunciar imediatamente – como é o caso dos desastres –, é justamente aquilo que permanece fora do alcance da representação (nível simbólico) que lhes confere “o caráter catastrófico. Podemos chamá-lo, como Freud, de trauma. Ou, como Lacan, de real.” (KEHL, 2000, p. 137).

Gosto da afirmação de Lacan, quando ele diz que daquilo que não se pode falar é do que mais falamos, sem parar. Se não podemos representar o nada, o vazio, a morte – ou outros horrores que para nós se equivalem (...) – podemos cerca-los de palavras, tentando significá-los e, com isto, afastar temporariamente o medo que despertam em nós. Assim, gostaria de propor que a dimensão traumática da experiência humana, esta que escapa à representação, não tem suas fronteiras delimitadas de antemão. Nossa tarefa vital, como seres de linguagem, consiste em ampliar continuamente os limites do simbólico, mesmo sabendo que ele nunca recobrirá o real todo. De cada experiência, de cada objeto, de cada percepção, fica sempre um resto que não conseguimos simbolizar; o núcleo ‘duro’ das coisas, que lhes confere independência em relação à linguagem e nos garante, de alguma forma, que o mundo não é uma invenção de nosso pensamento (KEHL, 2000, p. 137-138).

Tudo é passível de representação, mas não há objeto ou fragmento do real que se deixe representar todo. Toda representação evoca não só a ausência da coisa, mas também a distância que a separa da coisa; toda representação contém seu traço de saudade e seu resto de silêncio – de algo que já não está, de algo que nunca se entregou inteiro à simbolização (KEHL, 2000, p. 140).

Sobre as tentativas no processo de representação, Kehl (2000, p. 139) menciona uma convicção de Primo Levi, que sobreviveu a Auschwitz: “é preciso escrever *sempre*, ainda que nos custe, e ainda que ninguém aguento ler (...): se sobrar alguém para contar a história, ninguém vai querer ouvir”. Ninguém? Aqui, papel do psicólogo seria justamente o de suportar os relatos de uma experiência nua e crua, de fazer uma escuta justo daquilo que

ainda carece de significantes, para poder auxiliar neste processo de simbolização. Testemunhar, ele próprio, o processo de construção do testemunho do paciente.

Em alguns casos, o silenciamento pode ser uma reação do sujeito intrínseca à vivência traumática, visto que, como nos ensina Primo Levi, “custa” falar sobre isso. No entanto, dependendo das circunstâncias em que se deu o trauma, a privação da palavra pode ser uma operação explícita ou uma estratégia velada de silenciamento – e, de todas maneiras, os efeitos são devastadores. Knijnik (2009) mostra isso quando discorre sobre a violência de Estado, mas também se aplica a outros exemplos de traumas, sejam individuais ou compartilhados por um grupo ou comunidade. “Romper com o silenciamento é devolver a história à sua dimensão fundamentalmente coletiva” (KNIJNIK, 2009, p.64). Há duas dimensões em jogo aí: o reconhecimento social do sofrimento individual, e o reconhecimento do sofrimento pessoal como parte de um sofrimento coletivo.

Por outro lado, há acontecimentos potencialmente traumáticos que, ao invés de silenciados, passam por uma exposição excessiva, principalmente através da mídia, que vende um “show de horrores”. Em ambas as situações, não se garante um “falar sobre” que represente uma apropriação do vivido através do testemunho, seja por causa do sujeito que cala, seja pela imposição intrusiva de significados já forjados.

O relato em si não basta, dado que pode ser apenas a repetição automática que se detém em atualizar o traumático. Também não me refiro ao relato que parece feito para saciar a curiosidade do outro, que passa mais por uma exposição do sofrimento para o deleite do outro, ou da exibição pelo grotesco - como se vê, freqüentemente, na televisão. A escuta psicanalítica supõe, retomo aqui, a presença do outro desejante, em tudo o que ela implica de resistência do analista, usada agora como um contorno, uma borda organizadora do gozo sem limites (ROSA, 2002, p. 11).

Assim, o psicanalista deve apostar no testemunho do sujeito, em virtude de sua “função libertadora e vital” (FELMAN, 2000, p. 59). Segundo Knijnik (2009, p.64), o testemunho é derivado de um acontecimento e tem a experiência como condição.

Como uma forma de relação com os eventos, o testemunho parece ser composto de pequenas partes de memória que foram oprimidas pelas ocorrências que não tinham se assentado como compreensão ou lembrança, atos que não podem ser construídos como saber nem assimilados à plena cognição, eventos em excesso em relação aos nossos quadros referenciais. O que o testemunho, no entanto, não oferece é um discurso completo, um relato totalizador desses eventos. No testemunho, a linguagem está em processo e em julgamento, ela não possui a si mesma

como uma conclusão, como constatação de um veredicto ou como saber em si transparente. O testemunho é, em outras palavras, uma *prática* discursiva, em oposição à pura *teoria*. *Testemunhar – prestar juramento de contar, prometer e produzir* seu próprio discurso como evidência material da verdade – é realizar um *ato de fala*, ao invés de simplesmente formular um enunciado (FELMAN, 2000, p. 18, grifo da autora).

Portanto, o testemunho não vai compor um discurso completo, uma verdade unívoca, visto que emerge entre a memória individual e a coletiva, mediante ações de enunciação. Na construção do testemunho, a própria vivência do acontecimento real que dá origem ao testemunho poderá ser significada e ressignificada durante o processo, fazendo com que este constitua não apenas uma criação de testemunho enquanto enunciado, mas também uma recriação subjetiva da experiência traumática.

Quando se trata de emergências ou desastres, fala-se na importância da sobrevivência física e psíquica dos sujeitos. De um ponto de vista energético e estrutural, a experiência traumática decorrente desse tipo de incidente pode ser considerada como desabamento da organização simbólica do funcionamento psíquico, constituindo uma modalidade de “morte” própria ao psiquismo (PEREIRA, 2008).

Contudo, não se pode dizer que o trauma seja uma verdadeira experiência passiva de pura perda e que nada deixa. Freud sugere que algo dela permanece: os traços mnésicos da experiência traumática. Ora, esses fragmentos, geralmente incoerentes e freqüentemente terríficos, comportam ainda, apesar de tudo, a possibilidade de serem integrados *a posteriori* como elementos de uma rede simbólica mais coerente (PEREIRA, 2008, p. 256).

Tais fragmentos de memória não simbolizada geralmente encontram expressão através dos sintomas. A memória de uma catástrofe pode conter uma confrontação com a morte do outro, com a possibilidade não concretizada da própria morte ou simplesmente com a experiência de morte psíquica mencionada anteriormente. Segundo Pereira (2008, p. 258-259), Freud afirma que não há representação da morte-própria no inconsciente; no entanto, há um lugar vazio, fonte potencial de terror e pânico. O nome que designa a morte não dispõe de nenhuma representação apropriada, apenas obriga ao reconhecimento da dimensão mortal da vida. Então “a morte-própria, enquanto suporte imaginário do desamparo, cumpre aqui o papel fundamental de organizador da vida sem que, no entanto, nenhum conhecimento definitivo dela seja possível” (PEREIRA, 2008, p. 260).

Quando não se consegue produzir um ato de fala capaz de cercar de palavras o trauma, este retorna no Real do corpo. Pereira (2008) vai avaliar alguns quadros sintomáticos comuns entre as vítimas dessas situações traumáticas: o pânico, a melancolia, a ideação suicida ou mesmo a passagem ao ato. De acordo com este autor, para o sujeito em pânico, o que está em questão não é exatamente a morte, mas a experiência em si do morrer: “o momento de passagem de um estado de vida a um outro, desconhecido, que chamamos de morte” (p. 260). Já o sujeito melancólico

relata sobretudo a sensação de *já estar morto*, desvitalizado, com os órgãos internos em putrefação, sem alma. O sujeito em pânico mostra-se, ao contrário, como alguém confrontado a um mundo sem garantias e prestes a desabar. É a incerteza quanto ao momento de realização efetiva de seu desamparo que o aterroriza sob a forma do temor de morrer. O melancólico já está na morte. O indivíduo em pânico experimenta um ‘estar morrendo’ sem fim (PEREIRA, 2008, p. 260-261, grifo do autor).

Para o melancólico, narcisicamente identificado ao nada, “o suicídio corresponderia ao modo mais extremo de alcançar este estado de verdade atribuído ao ser já morto: ser o nada” (PEREIRA, 2008, p. 261). Mas os pacientes com sintomas de pânico frequentemente

relatam idéias suicidas como forma de acabar com o inferno da sensação concreta do estar morrendo. (...) o sujeito vivencia o pânico como perigo iminente de morte embora *mantendo-se do lado da vida e da luta por ela. O pânico, apesar de sua aparência mortífera, ainda se situa como um esforço da vida e pela vida* (PEREIRA, 2008, p. 261, grifo do autor).

Para não favorecer uma repetição do silêncio, perpetuação da angústia ou suspensão de processos subjetivos do luto – e muitas vezes o tratamento medicamentoso dos sintomas vem nessa direção –, impõe-se a necessidade da palavra para a elaboração subjetiva. Para Pereira (2008), visando recobrir de sentido esses sintomas, a “cura pela palavra” se fundamentaria em três dimensões principais:

1) encontro do sujeito com um gozo até então a si mesmo desconhecido e irreduzível a uma tradução completa pela palavra; 2) produção, na transferência, das determinações históricas e simbólicas desse sintoma, através de uma enunciação que possa ser reconhecida pelo sujeito como portadora de uma verdade pessoal; 3) reengendramento de uma narrativa aberta que inscreva o sujeito, seu desejo e seu sintoma em um contexto significativo transformável, que permita um trabalho constante de auto-significação sem cristalizar-se em nenhuma de suas formulações parciais. Estas devem manter seu caráter de construção provisória. (p. 287-288)

Segundo Rosa *et al* (2010), há um “tempo subjetivo no qual o trauma, esse instante perpétuo, toma conta de qualquer possibilidade de formular uma questão subjetiva” (p. 16). “Restituir um campo mínimo de significantes que possam circular, referidos ao campo do Outro, permite ao sujeito localizar-se e poder dar valor e sentido à sua experiência de dor, articulando um apelo que o retire do silenciamento” (p. 19). O tratamento pode ser realizado através de dispositivos clínicos individuais (que já constituem duplas) ou grupais que permitam a produção de ato que toca dimensões do Real, Simbólico e Imaginário, e tendo como direção possível a transformação do trauma em experiência compartilhada e a construção da posição de testemunha. Assim, ainda baseado em Rosa *et al* (2010, p. 25), o sujeito poderá fazer presença “apesar de você” (dos acontecimentos) na atualização do desejo, criando a possibilidade de descolar da dor das perdas a condição de sofrimento. Isso tudo nos remete ao testemunho como forma de se apropriar da própria história, o que é muito diferente de viver desde este lugar só porque ele é inevitável.

Assim, do mal, é preciso falar. Literatura é violência simbólica. Além disso, falar reduz sempre um pouco nosso objeto à dimensão humana – traz para perto de nosso alcance, em partes menores forçosamente, o absoluto que nos oprime. Verdade que toda representação porta sua face de falta, assim como todo texto produz, no leitor, um efeito que não é inteiramente determinado pelo que está escrito; efeito poético, literário, que se dá na brecha entre o dito e o não-dito. (...) o irrepresentável tem a ver com nossa experiência de absoluta passividade diante de uma manifestação do real que nos invade e nos reduz à condição de coisa. Na morte, no nascimento, na concepção, nós somos ‘coisa’ nas mãos do real [ou em poder de um outro absolutamente poderoso. Usando o exemplo do Holocausto, a autora afirma que outras experiências podem, então, se aproximar do irrepresentável.] Mas não se reduz a ele. Afinal, até hoje se fala e escreve sobre isto. Por quê? Talvez para tentar reverter a experiência, como na reversão da pulsão, do masoquismo primário para o sadismo: tentar algum domínio, alguma atividade sobre o real que produziu o trauma. O que requer uma implicação subjetiva da própria vítima, mesmo nas condições em que, aparentemente, a passividade seria a única resposta subjetiva possível (KEHL, 2000, p. 145).

Sem dúvida, a psicopatologia (incluindo as somatizações e o suicídio, conforme mencionado anteriormente) é uma das respostas apresentadas pelas vítimas, contudo Pereira (2008, p. 254) afirma que “o pânico e a arte bebem da mesma fonte”. O texto de Kehl, ao falar de tentativas de reverter a experiência traumática e citando a escrita como possível ferramenta terapêutica, trata de um processo criativo de testemunho que se

apresenta como caminho alternativo ao desamparo e aos processos psicopatológicos. Ressalto aqui o potencial clínico dos processos artísticos-criativos para a elaboração do trauma, pois o que é indizível poderia, então, ser mostrado.

A arte, além de constituir uma estratégia pessoal de testemunho (narrativa que se manifesta em outros planos da linguagem), apresenta-se como via de afetação mútua, facilitando a expressão e a elaboração coletiva do trauma. Ou seja, não se trata apenas de liberar emoções (no sentido de sublimação), mas também de compartilhar afetos, sobretudo naquilo que a palavra não consegue expressar totalmente.

Afinal, se somos seres de linguagem, é válido o uso das diversas linguagens das quais dispomos na construção do testemunho; expandir a “cura pela palavra” a imagens, movimentos, sons, humor, em diferentes formas de expressão: fala, escrita, música, teatro, dança, artes plásticas, fotografia, etc. Nesta estratégia de tentar recobrir a maior parte do Real, qualquer material pode ser usado. “O mais é barro, sem esperança de escultura” – diria o poeta⁴. Isto é, o Real não-todo simbolizado (aquilo que Kehl havia chamado de “núcleo duro”), o que vai definir o sujeito como resiliente *por causa e apesar de*.

“O fenômeno social traumático deve ser inscrito e elaborado no nível coletivo, sem, entretanto, desmerecer as respostas singulares, que farão do universal o particular” (ROSA *et al*, 2010, p. 23). Por exemplo, “Lacan destaca a dimensão ritual e coletiva como pré-condição à elaboração individual do luto” (ROSA *et al*, 2010, p. 24). Os diversos rituais funerários, pode-se dizer que presentes em todas as culturas, cumprem uma função muito importante nesse sentido, efetuando uma marca simbólica pela via da tradição compartilhada que simboliza um rito de passagem. Além dos rituais sociais como os casamentos e funerais, Boal (2008) considera dramatizações também os rituais cotidianos como o café da manhã e os bons-dias, tímidos namoros e grandes conflitos passionais, uma sessão do Senado ou uma reunião diplomática – segundo ele, tudo é teatro! Considerando que já nos utilizamos da encenação naturalmente, e que o teatro assim pensado faz parte de nossas vidas objetivas e subjetivas, parece bastante plausível utilizar-se dessa ferramenta como possibilidade terapêutica. Altera-se a dimensão estética da clínica, mas não sua dimensão ética: a direção do tratamento continua sendo a de transformar o fato em

⁴ Versos do poema Composição, de Carlos Drummond de Andrade.

acontecimento, com a marca da subjetividade, para suportar que ele componha a realidade psíquica, a verdade histórica do sujeito.

O caso do incêndio na boate Kiss

O caso de emergência e desastre que utilizaremos como exemplo neste estudo ocorreu em 27 de janeiro de 2013, na cidade de Santa Maria (Rio Grande do sul – Brasil). A escolha do caso foi posterior à escolha da temática, e se deu em virtude da sua proximidade – no tempo, espaço e no que carrega de familiar – e pela maneira como nos tocou a todos.

O incêndio na boate Kiss ocorreu entre as 2h e 3h da madrugada, tendo início com os efeitos pirotécnicos da banda que animava a festa, que utilizou artefatos inadequados para ambientes fechados. O fogo iniciou na espuma do isolamento acústico, no teto da casa noturna. A fumaça produzida continha uma combinação letal de dois gases, o monóxido de carbono e o cianeto (utilizado nas câmaras de gás dos campos de concentração nazistas). Enquanto o público foi percebendo o que acontecia, a festa superlotada ficou sem luz, as pessoas tiveram muita dificuldade em encontrar a única porta de saída, lutando contra o tempo, acotovelando-se e pisoteando uns aos outros. Em questão minutos, o desastre deixou 242 mortos e mais de 620 pessoas feridas, reunindo assim algumas das características mais chocantes que lhe confere o caráter de tragédia: o grande número de vítimas, o público jovem e as condições violentas.

A situação pode ser visualizada no documentário para televisão “Tragédia de Santa Maria” (DISCOVERY CHANNEL, 2013). O incêndio⁵ foi causado pela coincidência de inúmeros descumprimentos mais ou menos intencionais – instalações indevidas, corrupção nos processos de expedição licenças, falhas quanto às inspeções, utilização de material mais barato invés do mais seguro, não obediência ao limite de pessoas no local, etc. – os quais dizem respeito às “normativas que se fazem ao cuidado dos corpos” (tradução minha da expressão utilizada por Bozzolo & L’Hoste, 2008, p. 235). Portanto, uma falta de cuidado que significa muito mais do que desleixo, descaso com os corpos, pois é mais que falta de zelo: ao negar proteção, expõe uma vida ao desamparo e um corpo à morte.

⁵ Quando da escrita deste trabalho, ainda não se havia concluído o processo judicial.

Organização emergencial em Santa Maria

Na situação de emergência, o objetivo primeiro é salvar vidas, portanto envolve equipes de resgate e de atenção médica, e qualquer intervenção em saúde mental estará articulada ou subordinada às mesmas. No cuidado então exigido, as ações da psicologia não poderiam ignorar, por exemplo, a obrigatoriedade de notificação da intoxicação das pessoas envolvidas no incêndio para o necessário encaminhamento ao serviço especializado de referência.

No dia do incêndio, mais de 500 pessoas foram atendidas por equipes médicas [no Hospital Universitário de Santa Maria] e dispensadas. Outras 114 foram internadas. Dos hospitalizados, 98 estavam gravemente doentes e precisaram de ajuda para respirar (...) Todos esses pacientes fizeram ao menos uma limpeza nos pulmões, para tirar a fuligem inalada no incêndio. É um procedimento médico difícil, em que se introduz um aparelho no pulmão para aspirar a fuligem. Alguns dos internados em Santa Maria passaram por isso oito vezes – e, seis meses depois, ainda cospem pontinhos pretos de fuligem (ÉPOCA, 2013).

Logo que ocorreu o incêndio, foi alertado o Conselho Regional de Psicologia (CRP), cuja subsede Centro-Oeste se situa convenientemente na própria cidade de Santa Maria. O CRP teve importante participação nas atividades de gerenciamento da crise junto a outras instituições e também no cadastramento de profissionais (não só da saúde como da assistência social) para atuar voluntariamente. Com a notícia aparecendo repetidamente na televisão, cerca de 400 psicólogos se inscreveram como voluntários (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 16).

A primeira reunião com os gestores municipais, estaduais e federais foi realizada ainda na madrugada, para organizar o atendimento aos sobreviventes, familiares e comunidade em geral junto aos atores do cuidado. Os profissionais ressaltam (informação verbal⁶) que só podiam planejar ações para poucas horas, visto que o cenário ia se modificando rapidamente – o que resulta na diferenciação entre a atuação emergencial e o atendimento pós-desastre. Nos primeiros dias, realizavam reuniões de quatro em quatro horas, depois passaram a duas reuniões por dia. Fazia-se necessário pactuar as ações e suas consequências em termos de logística, contatos, recursos humanos, custos e competências

⁶ Informação coletada na roda de conversa promovida pelo Conselho Regional de Psicologia (CRPRS) sobre a experiência dos profissionais em Santa Maria no enfrentamento de emergências e desastres, em Porto Alegre, no dia 9 de outubro de 2013.

técnicas. Assim, se compôs a comissão gestora da crise, que ficava responsável pelo diagnóstico situacional, pela elaboração e regulação de estratégias e pelo planejamento das ações referentes ao Núcleo de Atenção Psicossocial.

O Núcleo de Atenção Psicossocial foi constituído por psicólogos voluntários, Associação Brasileira da Psicologia em Emergências e Desastres (Abrapede), Cruz Vermelha, a organização humanitária internacional Médicos Sem Fronteiras, Associação de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, profissionais da Prefeitura Municipal de Santa Maria e da Secretaria Estadual de Saúde, entre outros, realizando atendimentos individuais, em família, por grupos, por telefone, em visitas domiciliares e com encaminhamentos para internação. Essas e outras atividades se deram a partir da organização em oito frentes ou grupos de trabalho (GT), compostos por equipes mistas – isto é, buscavam misturar profissionais de Santa Maria e de outras regiões (informação verbal⁷). Cada GT realiza um trabalho com características bem específicas, dependendo de seus objetivos e do público que atende:

- Núcleo de gestão;
- Equipe de acolhimento 24 horas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Caminhos do Sol (dividida em plantões de seis horas);
- Equipe de regulação em saúde mental;
- Apoio aos familiares no hospital;
- Apoio às unidades de pronto-atendimento (UPA) e à SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência);
- Equipe de apoio e articulação com a Atenção Básica;
- Apoio psicossocial em ritos de despedida (GT de rituais e sepultamento);
- Equipe de cuidado aos cuidadores.

Sobre esse último, ressalta-se que vários psicólogos voluntários que ali trabalhavam desde o início da madrugada eram habitantes de Santa Maria e tinham envolvimento direto com alguma das vítimas e suas famílias – Cabral & Simoni (2013, p. 8) os denominaram “guerreiros locais”. Há relatos (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 17) de psicólogos dizendo que aprenderam a cuidar uns aos

⁷ Informação coletada na roda de conversa promovida pelo Conselho Regional de Psicologia (CRPRS) sobre a experiência dos profissionais em Santa Maria no enfrentamento de emergências e desastres, em Porto Alegre, no dia 9 de outubro de 2013.

outros, por exemplo, convidando os colegas a parar por alguns minutos e que, aos poucos, a ansiedade emergencial foi sendo amenizada entre os voluntários. Ainda assim, é importante ter uma equipe direcionada especialmente a cuidar dos cuidadores, o que também se dá através da supervisão técnica para os psicólogos. No entanto, esses não são os únicos trabalhadores afetados emocionalmente pela tragédia, como ilustra o relato que segue.

Os profissionais das UPAs se mostraram mais mobilizados pelo fato de, durante a madrugada do evento, terem tido de assumir atividades que não são usuais em suas rotinas, com um alto nível de pressão e estresse (por exemplo, a contenção emocional de um elevado número de familiares ao mesmo tempo). Além disso, mesmo que enfermeiros e médicos estejam habituados a intervir em situações de ferimento humano extremo, a proporção de sujeitos que procuraram simultaneamente o pronto atendimento causou, em alguns profissionais, a sensação de impotência e de estarem em um contexto de ‘guerra’. (...) O atendimento à equipe de socorristas do SAMU teve um enfoque similar ao do atendimento aos profissionais das UPAs. Notou-se em nosso contato com tais profissionais que, frente às demandas, muitos se submetem voluntariamente a uma carga horária intensa (alguns estavam de plantão havia mais de 40 horas). (...) Além disso, os profissionais relataram como um fator que contribuía para o estresse a pressão social que envolve o trabalho do socorrista. Muitos nos relataram que se sentiam pressionados ao verem pessoas próximas e a mídia colocando-os numa posição de heróis e exigindo que demonstrassem resistência (SILVA *et al.*, 2013, p. 101).

Tais questões podem ser entendidas como referentes à saúde do trabalhador, o que indica possibilidades de intervenção institucional para os casos de emergência. Esses profissionais da saúde também se enquadram no que Bohrer (2013, p. 12-13) chamou de “possíveis grupos com o processo de luto não reconhecido”, como os bombeiros e outros trabalhadores do resgate, os taxistas intensamente solicitados na ocasião, os professores dos que perderam a vida, os moradores da rua do Centro Desportivo Municipal, que concentrou o atendimento às vítimas e familiares imediatamente após o incêndio, além de outros casos particulares.

O que se encontrava no ginásio do Centro Desportivo Municipal, Cabral & Simoni (2013, p. 8) descreveram como um “caos organizado”. Enquanto familiares e amigos esperavam nas arquibancadas, havia um espaço para inscrição de voluntários e esclarecimento de dúvidas, outro para o reconhecimento das vítimas já identificadas pela perícia, uma área para a regularização do óbito, outra para atos relativos ao funeral. Além

disso, tinham duas ambulâncias da SAMU, um ambulatório de saúde improvisado e equipes multidisciplinares de Primeiros-Socorros Psicológicos.

Nesse contexto, “é imperiosa a firmeza no trato com as entradas oportunistas dos que fazem parte do mercado da tragédia: especialistas de plantão, laboratórios farmacêuticos sedentos do lucro a todo custo, mídia sensacionalista, etc.” (CABRAL & SIMONI, 2013, p. 9). O papel de controle da mídia costuma ser ressaltado pelos profissionais envolvidos, visto a facilidade de difusão de imagens dramáticas e a atitude abusiva da imprensa com aqueles que já estão em sofrimento intenso, e foi posto em prática ao se delimitar uma área física para os equipamentos e orientar os profissionais da comunicação a agir com ética. Por outro lado, o suporte da imprensa pode ser de grande ajuda para difundir informações necessárias à população neste momento de crise.

Também para além da cidade de Santa Maria foram acionados ou mesmo criados dispositivos de extrema importância. Através da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, foi realizado o mapeamento das famílias e vítimas oriundas de outros municípios do estado, visando orientar a gestão de casos de alta hospitalar e o acompanhamento das famílias e vítimas em seu retorno aos municípios de origem. Com auxílio da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, criou-se o Centro de Hospitalidade para acompanhar os familiares e pacientes nos hospitais da capital do estado. Ou seja, da cogestão emergencial da atenção em saúde, o foco vai se ampliando para a qualificação da rede.

Fruto de parcerias da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com outras universidades de diferentes cidades do estado, foi criado o Centro de Acolhimento⁸ como referência dentro do campus, contando com uma equipe multidisciplinar de psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. Funcionava no Espaço Multiuso da universidade, das 8h às 20h, e era divulgado nos centros de ensino conforme a demanda percebida, já que alguns cursos haviam perdido muito mais alunos que outros. A proposta era acolher qualquer pessoa da comunidade universitária que precisasse ou desejasse (alunos que haviam estado ou não na boate, pais de alunos, professores, servidores) e encaminhá-las, quando necessário, para os serviços especializados da rede municipal e do Hospital Universitário, inclusive acompanhando pessoalmente certos casos.

⁸ Informações colhidas no site da Universidade Federal de Santa Maria: <http://coral.ufsm.br/midia/?p=5352>

Diante do trabalho em emergências, o qual pressupõe a atuação em equipes, me parece indispensável falar dos encontros no cuidado e dos cuidados no encontro. A heterogeneidade nos modos de trabalhar já comum entre os profissionais psicólogos se acentua em situações como esta, onde se estabeleceram encontros multiprofissionais entre “trabalhadores de diferentes regiões e serviços do Brasil com distintas experiências e concepções de cuidado na área de saúde mental e/ou de atuação em situações de calamidades” (MEIRELLES, 2013, p. 10). Em Santa Maria, os representantes dos órgãos governamentais precisaram pactuar formas de trabalho coerentes com o a Política Nacional de Saúde Mental e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). São estes a universalidade e equidade no acesso, bem como a integralidade do cuidado, o que implica legitimar os saberes e estratégias singulares das pessoas no trato de suas dores e no engenho de seus alívios, sem patologizar o sofrimento. Considerando as diretrizes do SUS e a inserção da equipe em uma instituição ou organização maior, é também fundamental o conhecimento da rede e de seus fluxos, focando na situação de riscos dada.

Nesse sentido, realizou-se uma série de capacitações breves para os psicólogos que compunham o quadro de voluntários em Santa Maria e no Centro de Hospitalidade em Porto Alegre, tendo como objetivo geral “uma aproximação com protocolos de atuação internacionalmente reconhecidos, como forma de munir os profissionais de ferramentas para lidar com reações normais e esperadas diante de situações anormais como a que se vivia no momento” (PARANHOS, 2013, p. 6). A capacitação realizada por uma equipe do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Trauma e Estresse (NEPTE, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), por exemplo, ocorreu no espaço cedido por uma clínica de psicoterapia particular de Santa Maria nos dois dias que se seguiram ao incêndio. E, mesmo depois que encerrou sua atuação na emergência, o NEPTE continuou a oferecer capacitações junto à Universidade Federal de Santa Maria (SILVA *et al*, 2013).

Além disso, a equipe do Médicos Sem Fronteiras desencadeou um processo de educação permanente para os profissionais, participando ainda da elaboração de diretrizes do cuidado, inclusive para repassar aos outros municípios. Foi confeccionado também um material impresso de orientações à comunidade, informando sobre onde buscar ajuda e buscando ativar a mobilização social por meio das redes locais.

E depois do agora?

A atenção à emergência é fundamental; contudo, para que não surja apenas como expurgação imediata de culpa, esse trabalho precisa de continuidade. De acordo com a experiência de Santa Maria (informação verbal⁹), a partir da segunda semana de intervenção, se intensifica a necessidade de cuidado aos cuidadores, já sobrecarregados. Igualmente por esse período, à medida que diminui a frequência dos casos mais simples, há um crescimento no número de casos mais complexos, que precisam de atenção diferenciada, podendo exigir um plano terapêutico singular. Ao mesmo tempo, porém, certas atividades vão cessando e alguns grupos de trabalho (como o GT de rituais e sepultamento, por exemplo) vão sendo desarticulados, deixando recursos humanos disponíveis para os novos afazeres. Por exemplo, a partir da notificação de casos graves à equipe de acolhimento psicossocial, formou-se um grupo exclusivo para realizar visitas domiciliares (VD), e realizaram-se diversas rodas de conversa com trabalhadores da saúde.

Outra mudança percebida foi em relação ao período de férias da UFSM, poucas semanas após o incêndio, e o reinício das aulas, que retomou a convivência no campus. O Centro de Acolhimento¹⁰ recentemente instalado na própria universidade realizou busca-ativa (através de telefonemas e VD) dos alunos que não retornaram às aulas, em uma articulação intersetorial.

Normalmente, deveriam se responsabilizar pela busca-ativa as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) do município – estas últimas contando com agentes comunitários de saúde – devidamente alertadas pelos órgãos competentes. Imediatamente após o desastre, os gestores locais podem estar sobrecarregados e fazerem bom uso das ajudas externas, fornecidas por diversas organizações envolvidas no planejamento e execução das ações emergenciais. Depois, no entanto, a gestão municipal deve se encarregar da atenção psicossocial.

Por causa dos prejuízos ao pulmão decorrentes do incêndio, e certamente sem desprezar as consequências a nível psicológico, “o Ministério da Saúde, logo após o incêndio, publicou uma nota garantindo atendimento aos sobreviventes no Sistema Único

⁹ Informação coletada na roda de conversa promovida pelo Conselho Regional de Psicologia (CRPRS) sobre a experiência dos profissionais em Santa Maria no enfrentamento de emergências e desastres, em Porto Alegre, no dia 9 de outubro de 2013.

¹⁰ Informações colhidas no site da Universidade Federal de Santa Maria: <http://coral.ufsm.br/midia/?p=5352>

de Saúde por cinco anos” (ÉPOCA, 2013). Segundo a mesma fonte, seis meses depois, o Hospital Universitário de Santa Maria concentrava todo o atendimento aos sobreviventes, havendo pelo menos 200 atendidos no setor de psiquiatria. A equipe médica fazia reuniões quinzenais para falar sobre a recuperação dos sobreviventes, seus familiares e amigos.

A intervenção psicológica em emergência e desastres, por seu caráter pontual ou temporário, implica muitas vezes na necessidade de encaminhar os casos posteriormente a outros profissionais ou serviços. Esse contexto coloca o vínculo na relação terapêutica como uma questão muito delicada, devendo os encaminhamentos ser realizados com extremo cuidado.

As intervenções emergenciais modificam temporariamente a rede de serviços e seus fluxos, podendo dar origem a novas organizações. A Associação das Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria – cuja criação foi estimulada e acompanhada pela Abrapede e a Cruz Vermelha – é um exemplo de organização comunitária que perdura e pode até mesmo ampliar-se. Meses após o incêndio, psicólogas voluntárias santamarienses continuaram no serviço de suporte psicológico que coordenaram e operacionalizaram nessa Associação (BOHRER, 2013, p. 13). Instituições como essa, portanto, podem dar lugar a futuras intervenções terapêuticas, com ou sem a presença de profissionais de saúde mental, de acordo com as demandas e potências da comunidade.

Até aqui, foram descritas as intervenções profissionais realizadas em Santa Maria relativas às etapas de atenção à saúde mental em emergências e desastres. Essas intervenções sobre a crise, seus efeitos e os próprios recursos da comunidade em questão se articulam em um processo subjetivo de resiliência. A seguir, discutiremos o conceito de resiliência e como esse processo se apresentou em Santa Maria.

Resiliência

O conceito de resiliência, que se popularizou a partir da física, diz respeito à capacidade elástica de certos materiais de voltar ao estado anterior após sofrerem uma deformação. Ele vem sendo adotado há alguns anos pelas ciências humanas, principalmente na área de saúde mental, relacionado à adaptação a situações adversas, seja pessoal ou de um grupo ou organização. Apresento este conceito porque as intervenções pós-desastre se relacionam de diferentes formas com os processos de resiliência individuais e comunitários.

Assim resiliência corresponde a uma resposta complementar à vulnerabilidade, focando aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos, em contraste com certas correntes da psicologia que enfatizam os aspectos psicopatológicos. Considerando a influência genética, a vida intra-uterina, o lugar do bebê-que-virá no imaginário da família, o ambiente que o rodeia e é percebido sensorialmente pelo recém-nascido, contatos afetivos íntimos e os discursos individuais ou culturais que os delineiam, o suporte familiar e social, o humor e o riso, a partilha do mundo da linguagem, os comportamentos adquiridos (fala-se de uma aquisição durável, que é diferente de definitiva), os recursos e avanços tecnológicos disponíveis, os golpes da vida e suas variáveis, os diversos lutos, os relatos, as representações e o representar, a criatividade que repara dentro de uma cultura normativa, Cyrulnik (2001) nos apresenta o processo de resiliência que, até a hora de nossa morte, nos liga sem cessar com o meio que nos rodeia. O autor define resiliência como “a arte de navegar nas torrentes” (p. 225): trata-se de um processo afetivo, social e cultural no sentido de “conseguir metamorfosear os sofrimentos para deles fazer uma obra humana, apesar de tudo” (p. 20).

Um trauma empurrou o agredido numa direção para onde gostaria de não ter ido mas, visto que caiu numa vaga que o enrola e o leva para uma cascata de mortificações, o resiliente tem de fazer apelo aos recursos interiores impregnados na sua memória, tem de lutar para não se deixar arrastar pelo declive natural dos traumatismos que o fazem cansar-se de lutar, de agressão em agressão, até que uma mão estendida lhe ofereça um recurso exterior, uma instituição social ou cultural que lhe permita sair da situação (CYRULNIK, 2001, p. 225).

Não vejo uma separação clara entre o que seriam os recursos interiores ou exteriores. Prefiro pensar em termos de *experiências de vida*, em uma concepção de experiência como aquela da qual saímos transformados de alguma maneira, e que se dá sempre no encontro – seja com um outro, uma instituição, uma força, um devir. Contudo, seguiremos usando as ideias de Cyrulnik como ferramenta, até porque acredito que não entramos em discordância. Afinal, o próprio autor afirma que “cada encontro é uma bifurcação possível” (CYRULNIK, 2001, p. 35) e, para ele,

falar de resiliência em termos de indivíduo constitui um erro fundamental. Não se é mais ou menos resiliente, como se se possuísse um catálogo de qualidades (...) A resiliência é um processo, um devir da criança que, de atos em atos e de palavras em palavras, inscreve o seu desenvolvimento

num ambiente e descreve a sua história dentro de uma cultura. É, pois, menos a criança que é resiliente do que a sua evolução e historização (p. 226-227).

Assim, Cyrulnik (2001, p. 19) pensa a resiliência a partir de três planos: 1) a aquisição dos recursos internos durante as interações precoces pré-verbais criaria suportes de desenvolvimento mais ou menos sólidos (essa constituição de um “mundo interior” tem a ver com teorias de vínculos e do apego); 2) uma ferida causada por agressões ou carências, cujos efeitos, devastadores ou não, dependem substancialmente do significado que esta pancada tomará mais tarde na história do sujeito e no contexto familiar e social; 3) a possibilidade de encontrar lugares de afeição, de atividades e de palavras que a sociedade por vezes dispõe ao redor do sujeito magoado oferece os suportes de resiliência que lhe permitirão reiniciar um desenvolvimento transformado pela ferida.

Podemos relacionar estes três planos da resiliência com as três etapas de intervenção em emergências e desastres. A etapa de prevenção, nestas palavras, se refere à aquisição de recursos internos, sejam individuais ou de uma comunidade. A ação emergencial visa dar conta dos efeitos de um evento potencialmente destruidor. Por exemplo, em um incêndio, além de apagar o fogo, deve-se resgatar as pessoas do local, minimizando os riscos a que estariam expondo sua saúde. No entanto, se “a representação do passado é uma produção do presente” (CYRULNIK, 2001, p. 22), é a terceira etapa a que vai operar uma transformação do evento na memória do sujeito ou grupo social, pois diz respeito ao modo como os recursos oferecem respostas ao desastre e permitem sua elaboração.

Na trajetória de resiliência que perpassa os três planos descritos por Cyrulnik (2001), o autor dá igual importância ao mundo verbal e pré-verbal da criança. Isto é, considera não apenas os enunciados, mas também as condições de enunciação, as quais envolvem afetos, sensações, imagens, movimentação psicomotora, etc.

É com este pequeno capital psicocomportamental que a criança desembarca no universo da palavra. Até aí, desenvolvia-se dentro do universo dos outros. Agora, é a história que conta a si mesma que deve ir ao encontro da história que lhe contam dela mesma. Assim sendo, não há ruptura entre o mundo pré-verbal e o mundo dos nossos discursos. Há uma continuidade metamorfoseada pela palavra. Doravante, a resiliência muda de universo. [Deixa de rastejar como lagarta e] vai habitar o efeito borboleta da palavra (p. 130).

Embora Cyrulnik mantenha o foco do estudo da resiliência nas crianças, pela grande plasticidade dos processos de aprendizagem apresentada pelas mesmas, tudo se aplica igualmente à idade adulta. Por exemplo, quando defende que “a fantasia constitui o recurso interior mais precioso da resiliência” (2001, p. 143), fala de uma capacidade de fantasiar característica da infância, muito provavelmente adquirida e estimulada nessa etapa do desenvolvimento, mas que poderá acompanhar o sujeito adulto, mais ou menos constringida, tornando-o mais inventivo e resiliente.

Uma adaptação demasiado boa a uma situação adversa, normatizada em relação à etapa do desenvolvimento e ao tempo esperado, não necessariamente é um sinal de resiliência. “Acontece que uma culpabilidade torturante organiza estratégias de existência resilientes” (CYRULNIK, 2001, p. 145). Dessa forma, Cyrulnik distingue as defesas adaptadas das possibilidades inventivas de criação de um novo mundo. Por isso, mais do que prevenir transtornos ou patologias, interessa-nos facilitar o desenvolvimento natural da resiliência. Dentro de uma perspectiva preventiva, é o que teria mais potencial para, no caso de a situação se agravar, o sujeito ter maior autonomia e facilidade em acessar a maior variedade de recursos para dar conta da problemática que se coloca.

Resiliência comunitária de Santa Maria

A análise do processo de resiliência da comunidade afetada pelo incêndio da boate Kiss é indissociável dos conceitos psicanalíticos propostos anteriormente. Esse processo de resiliência envolve os diferentes recursos da comunidade e do território dos quais se pôde lançar mão diante da situação de desamparo instalada, tanto na resposta à emergência quanto na elaboração coletiva do trauma, bem como a inscrição do acontecimento traumático na memória coletiva e a construção do testemunho como transmissão de uma história comum. Todo esse processo se dá de forma ativa, e as formas culturais presentes em Santa Maria lhe darão contornos singulares.

É discorrendo acerca dos genocídios que Gagnebin (2000, p. 102) mostra

o quanto a construção da *memória do passado*, e o quanto a construção do *conhecimento histórico* dependem de interesses ideológicos e de lutas políticas que pertencem ao presente. (...) A intensidade do horror e do sofrimento não oferece nenhuma garantia para a perpetuação de sua

lembrança. A construção da memória, individual ou social, não depende, em primeiro lugar, nem da importância dos fatos nem do sofrimento das vítimas, mas sim de uma vontade ética que se inscreve numa luta política e histórica precisa. [grifo da autora].

Sobre a inscrição dos eventos na memória coletiva, temos um analisador no caso de outro incêndio ocorrido na mesma data do incêndio na boate Kiss, lembrado pelo CREPOP (2013, p. 18). O incêndio na Vila Liberdade, na zona norte de Porto Alegre, devastou 90 casas e deixou 194 famílias desabrigadas. O inquérito policial não foi conclusivo quanto à causa do fogo, deixando a dúvida de que poderia ter sido um incêndio criminoso, naquela área extremamente visada pelo mercado imobiliário por estar no entorno do moderno estádio de futebol recém-inaugurado. Houve participação popular e do governo na atenção ao desastre, porém em ações pontuais e de caráter puramente assistencialista. “Ficou evidente a desproporcional cobertura dada pela mídia a estes dois acontecimentos que dizem sobre populações de capacidades socioeconômicas significativamente desiguais” (p. 18) e, conseqüentemente, o acontecimento logo foi esquecido pela opinião pública.

Em meio às dificuldades próprias ao processo de luto, o luto pessoal pode ficar impedido quando o ente querido morto é socialmente desqualificado (marginalizado por sua cor, gênero, idade, situação socioeconômica, conflitos com a lei, etc.). Da mesma forma, a invisibilidade de certos grupos sociais contribui para silenciar o sofrimento de uma comunidade inteira, seja diante de um desastre, seja na vida cotidiana, pela constante deslegitimação de seus saberes e desejos, negando assim sua condição humana.

Considerando o processo coletivo de tecer uma história comum, Rosa *et al* (2010) propõem

uma direção possível de tratamento que incide na direção da transformação do trauma em experiência compartilhada e na construção da posição de testemunha, transmissor da cultura. Tais práticas passam por uma elaboração não-toda do luto impossível de significar, através da elaboração coletiva do trauma, criando condições de alterações do campo simbólico – subjetivo, social e político (p. 16).

Esta dimensão social/coletiva proporciona a aproximação do conceito de resiliência à comunidade afetada pelo desastre. Portanto, vale observar o perfil da comunidade de Santa Maria para pensar os seus recursos e estratégias de resiliência. A descrição do

território, a seguir, embora orientada pelo protocolo de avaliação da comunidade apresentado anteriormente, será feita de forma bastante abreviada.

Conforme recente análise demográfica municipal (SANTA MARIA, 2012), Santa Maria está localizada no centro geográfico do estado do Rio Grande do Sul, com uma população de 262 mil habitantes, sendo a ocupação predominantemente urbana (95%). Caracterizam a cidade suas importantes instituições militares e universitárias, fazendo da mesma um polo educacional que concentra jovens de diversas regiões do estado e do país. Assim, são predominantes no município os moradores com idades de 15 a 29 anos.

Este foi justamente o público vitimado pelo incêndio. A festa na boate Kiss tinha sido promovida por quatro cursos da UFSM — Agronomia, Medicina Veterinária, Tecnologia dos Alimentos e Pedagogia – e ainda por um bloco de carnaval da cidade. Os 117 alunos mortos e mais de 300 sobreviventes causaram impacto em toda a comunidade acadêmica (de aproximadamente 25 mil pessoas). A UFSM e outros centros universitários do município representavam, ao mesmo tempo, um território vulnerável e uma potente fonte de recursos comunitários. Assim, alterou-se o calendário acadêmico nos dias imediatamente após o incêndio, reconhecendo a situação atípica e podendo assim disponibilizar recursos da universidade para a assistência à emergência.

Na noite do incêndio, as instâncias militares locais também foram de extrema importância para o resgate e a garantia de sobrevivência do maior número possível de vítimas. Por exemplo, a Força Aérea Brasileira, com base aérea em Santa Maria, transportou com urgência dezenas de feridos de Santa Maria para Porto Alegre em aviões e helicópteros.

Em meio às ações emergenciais no Centro Desportivo Municipal, chamava a atenção de Cabral & Simoni (2013, p. 9) “a solidariedade de muitos anônimos que espalharam cartazes pelo local, oferecendo suas casas para um banho, um tempo de repouso, uma refeição, uma noite de sono. Outros distribuíam comida, água, chá e afeto a todos”. Posteriormente, a comunidade também organizou espontaneamente diversas caminhadas e vigílias em frente da Catedral Metropolitana, como forma de homenagem e protesto.

Tentando garantir que o acontecimento não seja esquecido pela História, e que os responsáveis sejam punidos pela Justiça, não somente as diversas manifestações foram

levadas a cabo. Também se formou o Movimento Santa Maria do Luto à Luta, uma mobilização popular idealizada por familiares e amigos das vítimas para acompanhar o processo investigativo e judicial, pressionando os órgãos competentes. Dassoler (2013) vê a judicialização no processo de luto como um aspecto pós-moderno na tentativa de reparar o irreparável da morte.

Outra organização comunitária, já citada anteriormente, é a Associação das Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria, fundada a partir do auxílio da Abrapede e da Cruz Vermelha, que reúne aproximadamente trinta famílias visando o apoio mútuo. A Associação promove, por exemplo, confraternizações em datas difíceis, com maior carga emocional. No Dia das Mães¹¹, o encontro contou com abraços, orações, intervenções artísticas (música, exibição de vídeos, artesanato), além da visita de um grupo de apoio a pais enlutados da cidade de Caxias do Sul. Depois, o Dia dos Pais¹² trouxe *banners* com fotos dos filhos falecidos e até a participação de alguns deputados da região. O tom desses encontros se dará sempre pelo estilo particular de cada comunidade. Por exemplo, a confraternização de Dia dos Pais teve lugar em um centro tradicionalista de cultura gaúcha, assim como outros foram sediados por igrejas, clubes, praças públicas.

Desde 27 de janeiro, a cidade estava de luto, como ilustra a revista Época (2013). Em fevereiro, foi suspenso o Carnaval de Santa Maria. Uma das jovens em recuperação criou um grupo no Facebook para conhecer outros sobreviventes e trocarem experiências por meio dessa rede social, e encontros presenciais já aconteceram a partir do grupo virtual. Trabalho voluntário ou ações solidárias são frequentemente procurados por adultos que perderam familiares, como é o caso das mães de cinco amigas inseparáveis mortas no incêndio: fundaram a ONG Para Sempre Cinderelas¹³ com o objetivo de continuar ajudando uma escola infantil, a partir do desejo de uma das meninas que tinha sido posto em prática pelas cinco juntas. Estudantes e professores do curso de Terapia Ocupacional da UFSM

¹¹ Vide reportagem “Mães de vítimas da Boate Kiss se unem pela dor em seu dia no RS”, 12 de maio de 2013, disponível em <http://noticias.terra.com.br/brasil/cidades/tragedia-em-santa-maria/maes-de-vitimas-da-boate-kiss-se-unem-pela-dor-em-seu-dia-no-rs.c00ec87a48a9e310VgnVCM4000009bcecb0aRCRD.html>

¹² Vide reportagem “RS: familiares se unem em 1º Dia dos Pais após tragédia da Kiss”, 11 de agosto de 2013, disponível em <http://noticias.terra.com.br/brasil/cidades/tragedia-em-santa-maria/rs-familiares-se-unem-em-1-dia-dos-pais-apos-tragedia-da-kiss.162d1ed2f8f60410VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>

¹³ Vide reportagem “Em vídeo, uma história de dor transformada em solidariedade”, 29 de julho de 2013, disponível em <http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/noticia/2013/07/sentimento-de-injustica-retarda-luto-em-santa-maria-aponta-pesquisa-4215932.html>

plantaram um jardim de flores no campus em homenagem aos amigos vítimas da tragédia. O local onde antes funcionava a boate Kiss é agora um memorial improvisado a céu aberto, com vasos de flores e faixas com mensagens – uma transformação do território.

A partir de então, tanto em Santa Maria como em muitas outras cidades do Rio Grande do Sul, as autoridades responsáveis e a própria população passaram a demonstrar maior preocupação com a prevenção de incêndios em locais destinados a receber grandes públicos. Viram-se propostas de modificação na legislação, maior rigidez na fiscalização e conseqüentemente maior cumprimento às normas. Aprendemos a importância do Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndio, da evacuação emergencial, da sinalização, do treinamento da equipe responsável, do respeito à lotação máxima, das condições dos equipamentos dos bombeiros, etc.

A prevenção de novos desastres é um dos componentes possíveis na construção coletiva de sentidos. A primeira e a última etapas de intervenção, ou seja, a prevenção e a elaboração da tragédia, aqui parecem confundir-se. Isso porque, na produção de subjetividade, não são etapas separadas, e sim partes indissociáveis de um mesmo processo de resiliência. Pode-se dizer que a intervenção em emergências e desastres busca incrementar a resiliência no território, através do acompanhamento de uma crise vivida coletivamente, apontando recursos já existentes, incentivando outros novos e estimulando a tessitura de redes entre eles, fortalecendo assim a comunidade no enfrentamento de situações traumáticas.

Considerações finais

O presente estudo buscou explorar a especificidade das situações de emergências e desastres como campo de intervenção da saúde mental, tendo como foco as possibilidades de atuação do psicólogo. Diversas perspectivas teórico-práticas confluem para inserir, em uma experiência potencialmente traumática, experiências (clínicas ou não) de cuidado que possam ser vivenciadas de forma positiva, no sentido de responder ao desamparo e de produzir contornos e sentidos ao sofrimento.

Ao longo do texto, diferenciam-se os conceitos de crise, emergência, desastre, e catástrofe, optando-se pelo termo “desastre” para definir a crise social decorrente de um evento específico que atinge uma comunidade. Nesses casos, é importante conhecer as

reações esperadas durante o estado de crise (as quais envolvem desordem, negação, intrusão, translaboração e o término da crise após um período indeterminado) e não ver a crise apenas como um estado de sofrimento agudo que deve ser rapidamente suprimido, mas como um momento crucial que deve ser cuidadosamente investido em seu potencial transformador e criativo. A partir desse entendimento, faz-se uma crítica à categoria diagnóstica de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, a qual costuma embasar muitas intervenções em emergências e desastres.

A intervenção psicossocial em tais situações se divide em três etapas: preventiva, emergencial e pós-emergencial. A primeira diz respeito aos recursos de proteção existentes e, portanto, está relacionada às condições de vida que devem ser asseguradas pelas políticas públicas. Já a etapa emergencial se dá imediatamente após a ocorrência do desastre, podendo durar alguns dias, enquanto que a etapa pós-emergencial pode durar semanas, meses ou até anos. As demandas de cada etapa variam segundo as características particulares tanto do evento quanto da comunidade afetada. Para avaliá-las, podem ser ferramentas úteis as orientações provenientes de protocolos internacionais (sempre que se façam as ressalvas necessárias) e a noção de território (empregada nas políticas de saúde). As ações do psicólogo devem estar contextualizadas em uma proposta mais ampla de atenção à população afetada, a partir do sistema de saúde local e suas articulações intersetoriais, podendo contar com ajuda externa (voluntariado, instituições de outras regiões ou mesmo internacionais). Essas ações emergenciais e pós emergências exigem abordagens para além dos protocolos de primeiros-socorros psicológicos. A experiência profissional em saúde pública pode ser de grande ajuda nesse trabalho, bem como a experiência clínica. O entendimento psicanalítico da questão do desamparo oferece uma visão sobre o trauma que auxilia a pensar uma direção do tratamento pela via da construção do testemunho, atentando para sua dimensão coletiva e para a diversidade estética das intervenções psi, que analise os processos de resiliência nas experiências vividas.

Para demonstrar as dinâmicas psíquicas e comunitárias que um acontecimento potencialmente catastrófico põe em jogo, utilizamos um estudo de caso. O incêndio ocorrido em janeiro de 2013 na boate Kiss (na cidade de Santa Maria) matou 242 jovens e deixou mais de 620 feridos. É relatado como se deu a gestão da crise na etapa emergencial, através da organização de diferentes profissionais e instituições que constituíram um

Núcleo de Atenção Psicossocial, com oito frentes de trabalho. Observa-se, ainda, a continuidade das ações nos meses subsequentes (etapa pós-emergencial), bem como o processo vivenciado por essa comunidade, apontando alguns movimentos ali produzidos.

Embora a atuação do psicólogo em emergências e desastres esteja prevista no Código de Ética Profissional, os currículos de graduação em Psicologia geralmente não abordam essa temática. Este estudo vem no sentido de suprir essa lacuna, compartilhando conhecimentos sobre o assunto. Espera-se que o mesmo possa servir como base para uma ementa de disciplina ou proposta de curso.

Infelizmente, alguns elementos não puderam ser contemplados, como as ações direcionadas a crianças, por exemplo. Em emergências e desastres, as crianças podem apresentar necessidades bastante diferentes das dos adultos, de acordo com a etapa do desenvolvimento cognitivo em que se encontram e com os danos causados. Existe bibliografia específica que inclui essa questão, a qual poderia ser investigada em outra oportunidade. Há ainda especificidades em relação a outros grupos sociais vulneráveis, sobre as quais também se pode buscar literatura específica e outros profissionais tecnicamente mais habilitados. Contudo, espera-se ter delineado aqui um princípio ético que possa guiar tais intervenções, enquanto estratégia de saúde mental para situações de desastre.

Amparar o outro na queda: não para evitar que caia, nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiá-los seus efeitos, mas sim para que possa entregar-se ao caos e dele extrair uma nova existência (ROLNIK, 1994, p. 8).

Referências bibliográficas:

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BOAL, Augusto. [Discurso] 27 mar. 2008, em sua nomeação como embaixador mundial do teatro pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura). Disponível em

<http://institutoaugustoboal.files.wordpress.com/2012/11/almada_monografia_boal.pdf>.

BOHRER, Rosana Dorio. Relato da Associação Brasileira de Psicologia nas Emergências e Desastres. Revista Entre linhas, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

BOWLBY, John. Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BOZZOLO, Raquel; L'HOSTE, Marta. Cromañón: el obstáculo de la victimización. In: BOZZOLO, R.; BONANO, O.; L'HOSTE, M. El oficio de intervenir. Políticas de subjetivación en grupos e instituciones. Buenos Aires: Biblos, 2008.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, nº 34: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CABRAL, Károl Veiga; SIMONI, Ana Carolina Rios. Fazendo a gestão no olho do furacão. Revista Entre linhas, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.). Protocolo de incidentes críticos. 2009. Disponível em <http://www.careacademy.org/Care%20Academy%20Documents/h_CriticalIncidentProtocol_Pg.pdf>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf>.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL. A mobilização da categoria profissional em Santa Maria. Revista Entre linhas, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas). Emergência e desastre sob qual ponto de vista nos mobilizam? Revista Entre linhas, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

CYRULNIK, Boris. Resiliência: essa inaudita capacidade de construção humana. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

DASSOLER, Volnei Antonio. A colaboração da psicanálise na construção do acolhimento às vítimas do incêndio na boate Kiss. In: III Jornada do Instituto APPOA. Psicanálise e intervenções sociais – Desamparo e vulnerabilidades. Porto Alegre: 23 de agosto de 2013.

DISCOVERY CHANNEL. Tragédia em Santa Maria. 27 de abril de 2013. 44 min., port. Disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=Lq6NkkKD3DI>>.

DODGE, Gordon. Assessing the psychosocial needs of communities affected by disaster. In: REYES, Gilbert; JACOBS, Gerard (Org.). Handbook of international disaster psychology, Vol. 1. Fundamentals and overview. Westport: Praeger Publishers, 2006.

ÉPOCA. Santa Maria 180 dias após o incêndio da boate Kiss. 11 de Agosto de 2013. Disponível em <<http://epoca.globo.com/vida/noticia/2013/08/santa-maria180-dias-apos-o-incendio-da-b-boate-kissb.html>>.

FELMAN, Shoshana. Educação e crise, ou as vicissitudes do ensino. In: NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio (orgs.). Catástrofe e Representação. São Paulo: Escuta, 2000, p. 13–71.

FERIGATO, Sabrina Helena; CAMPOS, Rosana T. Onoko; BALLARIN, Maria Luisa. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP, vol. 6, nº 1, 2007. Disponível em <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>>.

FONSECA, Claudia. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde e Sociedade, v.14, n.2, p.50-59, maio-ago 2005.

FREITAS, Rachel Amin de. A psicanálise possível frente à tragédia. Opção Lacaniana online nova série. Ano 2, nº 5, julho/2011. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/137567765/A-psicanalise-possivel-frente-a-tragedia>>.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. Palavras para Hurbinek. In: NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio (orgs.). Catástrofe e Representação. São Paulo: Escuta, 2000, p. 99–110.

KEHL, Maria Rita. O sexo, a morte, a mãe e o mal. In: NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio (orgs.). Catástrofe e Representação. São Paulo: Escuta, 2000, p. 137–148.

KNIJNIK, Luciana. Fala corpo! A teimosia dos sonhos que não se deixam calar. In: MOURÃO, Janne Calhau (org.). Clínica e Política 2: subjetividade, direitos humanos e invenção de práticas clínicas. Rio de Janeiro: Abaquare: Grupo Tortura Nunca Mais, 2009.

MEIRELLES, Maria Carolina Pinheiro. Encontros singulares. Revista Entre linhas, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

MOLINA, Rodrigo. A Psicologia das Emergências e Desastres e compromisso social: a experiência latino-americana. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação. Brasília: CFP, 2011.

NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK; NATIONAL CENTER FOR PTSD. Primeros Auxilios Psicológicos. Guía de Operaciones Prácticas, 2ª edición. 2006.

Disponível em <<http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/spanish/1-primeros auxilios book final comp guide.pdf>>.

NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio. Apresentação. In: NESTROVSKI, Arthur; SELIGMANN-SILVA, Márcio (orgs.). *Catástrofe e Representação*. São Paulo: Escuta, 2000, p. 7–12.

NOAL, Débora da Silva *et al.* A atuação do psicólogo em situações de desastres: algumas considerações baseadas em experiências de intervenção. *Revista Entre linhas*, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (CID-10)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y desastres – Guía para equipos de respuesta*. Panamá: 2010. Disponível em <<http://www.abrapede.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Gu%C3%ADa-de-apoyo-psicosocial-en-emergencias-humanitarias-y-desastres.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Serie Manuales y Guías sobre Desastres, nº 7. Washington, D.C.: 2006. Disponível em <<http://www.abrapede.org.br/wp-content/uploads/2013/03/Gu%C3%ADa-pr%C3%A1ctica-de-salud-mental-en-situaciones-de-desastres.pdf>>.

PARANHOS, Mariana Esteves. *Psicologia nas emergências: o preparo profissional para o enfrentamento de grandes crises*. *Revista Entre linhas*, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

PATRONATO PROVINCIAL DE SERVICIOS SOCIALES DE CÓRDOBA. *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres*. Espanha: Córdoba, 2005. Disponível em <<http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20DE%20LA%20SALUD/CARRERA%20DE%20PARAM%C3%89DICO/03/Psicolog%C3%ADa%20en%20situaciones%20de%20emergencia/Intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica.pdf>>.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Editora Escuta, 2008.

RAMÍREZ, Desireé Salazar. *Acompanhamento para reconhecimento de vítimas*. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*. Brasília: CFP, 2011.

RIVERO, Nelson. No caminho havia um desastre... e uma emergência... Revista Entre linhas, ano XIII, nº 62, abr/mai/jun 2013. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande de Sul.

ROCHA, Zeferino. Desamparo e Metapsicologia: Para situar o conceito de desamparo no contexto da metapsicologia freudiana. Síntese – Rev. de Filosofia, v. 26, nº 86, p. 331-246, 1999.

ROLNIK, Suely. Hal Hartley e a ética da confiança. 1994. Disponível em <http://www.caosmose.net/suelyrolnik/pdf/confianca_corrigido.pdf>.

ROSA, Miriam Debieux. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. Revista de psicanálise Textura, nº 2, ano 2002. Disponível em <<http://www.revistatextura.com/leia/umaescpis.pdf>>.

ROSA, Miriam Debieux *et al.* A elaboração coletiva do trauma: a clínica do traumático. In: SCOTTI, Sérgio *et al* (org.). Escrita e Psicanálise II. Curitiba: Editora CRV, 2010.

SANTA MARIA. Indicadores socioeconômicos e ambientais de Santa Maria/RS: análise demográfica do município. 2012. Disponível em <http://www.escriitoriodacidade.net.br/sm%20dados/PDF/demografia_sma_2012_07_31.pdf>.

SILVA, Thiago Loreto G. *et al.* Primeiros Socorros Psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria. Revista brasileira da psicoterapia, vol. 15, nº 1, 2013.

SILVEIRA, Maria Carolina da. O papel do psicólogo como operador em emergências e desastres: contribuições para uma prática cidadã. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação. Brasília: CFP, 2011.

SLAIKEU, Karl. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. México: El Manual Moderno, 1999.

VALÊNCIO, Norma. A sociologia dos desastres: perspectivas para uma sociedade de direitos. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação. Brasília: CFP, 2011.

VENTURA, Raquel. Os impactos das emergências e dos desastres na política de Assistência Social. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação. Brasília: CFP, 2011.

WINNICOTT, D. W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.