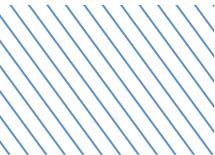




PROJETO

PSIQUIATRIA  
PARA UMA VIDA  
MELHOR

**CARTILHA PARA  
INTERVENÇÃO  
EM CATÁSTROFES**



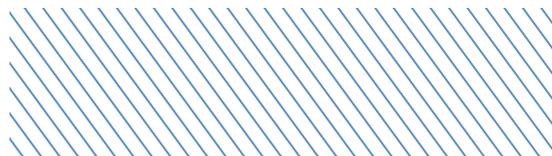
# PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Treinar lideranças comunitárias e equipes de saúde para prevenir, identificar e encaminhar problemas relacionados à saúde mental. Essa é a característica principal do projeto de intervenção proposto pela Associação Brasileira de Psiquiatria, através de sua Comissão Técnica de Intervenção em Desastres e Catástrofes.

O grupo, ligado ao projeto ABP Comunidade, é o representante local da seção de intervenção em desastres da Associação Mundial de Psiquiatria, que desenvolve protocolos de atuação referendados pela ONU e Unesco. O principal objetivo é aumentar o índice de resiliência (capacidade de vencer obstáculos e superar traumas) em populações afetadas por desastres de origem natural.

É um trabalho feito de acordo com experiências internacionais de eficiência comprovada. Por isso, os especialistas trabalham com líderes comunitários e profissionais de saúde, com orientações sobre a maneira correta de lidar com o sofrimento causado pela exposição a situações que podem desencadear o surgimento de transtornos mentais.

***João Alberto Carvalho, presidente da ABP.***



## DEDICADO À COMUNIDADE

***O Espaço ABP Comunidade – informações para pacientes e familiares*** tem o objetivo de oferecer informações breves e claras sobre as principais doenças mentais.

A comunidade pode, a partir destas informações, identificar os principais sintomas, esclarecer o tratamento e até mesmo conhecer a origem e características importantes de cada doença.

Este projeto foi idealizado dentro da Home-Page da ABP em 2004 graças aos esforços e colaboração dos psiquiatras que participaram da força tarefa de sua criação.

A ABP se propõe a discutir os temas mais importantes da psiquiatria e da saúde mental como fator social e cultural, esclarecer dúvidas e publicar notícias que possam ajudar as pessoas, combater o preconceito contra os doentes e promover ainda a prevenção e o bem-estar.

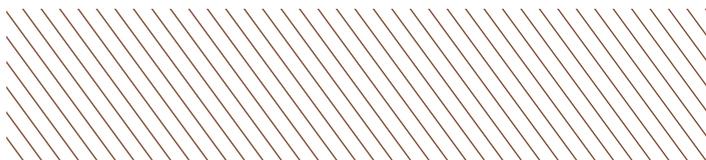
***Consultas e dúvidas sobre os transtornos e doenças mentais, bem como orientação sobre locais públicos de atendimento, podem ser encaminhadas aos psiquiatras do ABP Comunidade pelo e-mail: [comunidade@abpbrasil.org.br](mailto:comunidade@abpbrasil.org.br).***



\*Solicitamos que, em caso de publicação do conteúdo, seja observado os créditos.

Visite: [www.abpcomunidade.org.br](http://www.abpcomunidade.org.br).





# CARTILHA PARA A INTERVENÇÃO EM CATÁSTROFES

*Comissão Técnica sobre Intervenção em Desastres e  
Catástrofes da ABP*

*Coordenação: José T. Thomé*

*ABP Comunidade*

*Coordenação: Marco Antonio Brasil*

Esta cartilha não tem como finalidade ser um modelo padrão de como atuar, classificar sintomas de transtornos ou prescrever, mas busca desenvolver o raciocínio a partir da compreensão de dados conceituais sobre saúde e saúde mental contextualizadas na área de intervenção em desastres e catástrofes naturais e/ou provocadas pela ação do homem.

# OBJETIVOS

- Apresentar conceitos teóricos básicos.
- Oferecer suporte teórico aos cuidadores em instituições psicossociais, profissionais de saúde e de saúde mental, educadores e lideranças.
- Promover a saúde e prevenir o adoecimento individual e social.

# INTRODUÇÃO

Desastres e catástrofes são ocorrências que atingem uma população de maioria saudável que passa a vivenciar na realidade uma situação repentina desorganizadora ou disruptiva que desestrutura sua vida, de forma violenta e traumatizante.

Em situações deste tipo passa-se a viver em um mundo que desestabiliza o equilíbrio emocional e/ou psíquico, gerando sentimentos de insegurança, descrença e desamparo. Este sentimento se desenvolve também com as duplas mensagens e as inverdades que banalizam padrões e valores antigos e estabelecidos para amenizar o fato inesperado.

Os desastres são desafios; exigem repensar o modo como o ambiente irrompe no psiquismo humano, devendo ser analisados em termos das reações das pessoas que sofreram danos e do seu impacto psicológico. Muitas vezes, nesses

casos, ocorrem situações que obrigam a reconsiderar alguns princípios da ética da compreensão e do atendimento.

Situações de catástrofe exigem respostas humanas organizadas que refletirão a consciência alcançada pelos profissionais de saúde/saúde mental e pelas autoridades em geral sobre a complexidade específica da situação e sobre a necessidade de abordá-la na maior quantidade de aspectos possíveis das áreas do conhecimento humano.

A necessidade de atenção à saúde mental aumenta durante catástrofes e desastres. Aqui, saúde mental é compreendida com base no eixo Eco-Bioético, pois considera o meio ambiente. Trata-se, então, de atenção à saúde mental dirigida para pessoas sãs, que vivem situação de anormalidade desorganizadora ou desestabilizadora dos seus universos materiais, físicos e emocionais.

Em resposta às solicitações próprias ao desastre e a limitações da capacidade de adaptação pode surgir a Síndrome Desruptiva, termo cunhado por Moty Benyakar, na qual o fator patogênico se encontra no “entorno”, ou seja, no evento, sendo o psiquismo humano afetado de forma direta ou indireta, e caracterizado pela presença da angústia. No quadro de transtorno de estresse pós-traumático, o psiquismo afetado se caracteriza pela presença da ansiedade.

# CONCEITO PSICODINÂMICO SOBRE ADOECER

Desastres e catástrofes podem acontecer a qualquer momento. Desastres definidos em termos sociais, físicos e sanitários se transformam, por sua vez, em catástrofes subjetivas, uma vez que a vivência dá especificidade à subjetividade.

Em todos os estudos atuais, a grande preocupação que surge, além das causas de violência em qualquer âmbito (natural, antropogênica, política, social, econômica, terrorismo de grupos ou de Estado, entre outros), é com a necessidade de tratamento voltado para a homeostase psíquica, baseado em melhor preparo e defesa diante destas ameaças que levam a conviver com o sofrimento emocional perante a impotência, o desamparo e a exclusão. O desafio será lidar e tentar elaborar os afetos gerados por estas situações.

É difícil antecipar o impacto no psiquismo das pessoas que vivem a experiência de uma situação disruptiva. As respostas individuais são singulares, mas estão sempre integradas em um contexto de reações coletivas que são recorrentes e relativamente indiferentes ao tipo de fenômeno acontecido.

São adaptadas quando permitem avaliação correta do perigo, a previsão de



conseqüências e a tomada de decisões apropriadas.

São desadaptadas quando resultam em reações emocionais efêmeras e/ou patológicas (reações neuróticas, psicossomáticas, psicóticas, uso abusivo de substâncias psicoativas), que por sua vez podem levar a comportamentos anti-sociais, aumento de problemas familiares, suicídios e marginalidade/criminalidade.

Os afetos decorrentes das experiências desestabilizadoras não se caracterizam por serem novos ou nunca experimentados. O novo aqui é reduzido a uma experiência altamente desestabilizadora que até então podia ser conhecida, mas nunca vivenciada em termos psíquicos/emocionais.

Já os afetos por elas desencadeados – perplexidade, medo da morte, sentimentos de desamparo, vulnerabilidade, impotência, sentimentos decorrentes de luto, desesperança e descrença – provavelmente já foram vivenciados em outros momentos. São vivências que desenvolvem angústia, primitivamente vivida pelo ser humano como angústia de aniquilamento.

# SÍNDROME DISRUPTIVA

Trauma, estresse, e estresse pós-traumático são os conceitos usados na clínica para abordar os pacientes com a sintomatologia do que se denominou “patologias por desrupção”.

Estresse é a reação normal de tensão e ansiedade que o ser humano vive diante de qualquer situação real e/ou fantasiosa inesperada. É uma resposta do organismo frente a um perigo, que prepara o corpo para fugir ou lutar. Está presente nos animais com a finalidade de preservação da espécie, como para fugir de um predador.

Sente-se estresse tanto em situações usuais (casamento, separação ou mudanças de escola, emprego, cidade ou país) quanto frente a eventos desestabilizadores como mortes, assaltos, seqüestros e desastres, entre outros.

Trauma – Trauma Psíquico – é o colapso da estrutura da MENTE em todos os seus planos referenciais, como resultado do encontro com uma ameaça catastrófica (real e/ou fantasiosa) e uma reação caótica que produz vivência traumática (psicótico).

O diagnóstico de quadro estressogênico e traumatogênico não se estabelece de início. Para a manutenção da pa-

dronização dos quadros clínicos seria necessário substituir a categoria Transtorno de Estresse Pós-Traumático por Transtornos por Estresse e Transtornos Pós-Traumáticos, ou Transtornos por Estresse e por Trauma, e o mais adequado seria chamá-los de **transtornos por desrupção**.

## SINTOMAS INICIAIS DOS QUADROS DISRUPTIVOS

Reações emocionais de raiva, irritabilidade, ataques de ansiedade, insônia, pesadelos e tendência ao isolamento caracterizam as pessoas que passam por situações disruptivas e que não conseguiram manter sua capacidade de adaptação após o fato. Estes quadros, em sua grande maioria, apresentam-se no início através de queixas clínicas (somatizações), para em seguida evoluírem para queixas emocionais.

A intensidade do quadro varia em função da experiência vivida. Crianças, idosos, mulheres e incapacitados são os que apresentam maiores níveis de reações emocionais. Como já dissemos, na grande maioria são reações normais diante de experiências anormais. A diferenciação entre reações normais e as patológicas é nossa função e requer o conhecimento especializado para diagnosticá-las.

# CARACTERÍSTICAS DOS SINTOMAS

## Sintomas com repercussão na

**conduta:** perda de interesse na vida, diminuição da atividade e falta de energia, hiperatividade e incapacidade para relaxamento, dificuldade de concentração, transtornos do sono, opressão precordial e na garganta, flashbacks, abuso de substâncias.

**Sintomas físicos:** dores de cabeça, cansaço, dor e tensão muscular, dores abdominais, taquicardia, extrasístoles, perda de apetite, náuseas.

**Sintomas emocionais:** raiva, irritabilidade, tristeza, sentimentos de vergonha, medos, sustos, ansiedade, sensação de desamparo, pensamentos recorrentes sobre o mesmo fato, mudanças rápidas de emoções, ideias suicidas.

**Sintomas nas relações interpessoais:** discussões, tensões nas relações, falta de emoções, perda de interesse pelo entorno, dependência para tomar decisões, falta de motivação e/ou incapacidade para reintegração social e profissional.

**Fatores que influenciam as reações nas pessoas:** fatores qualitativos e de intensidade do desastre, tempo de exposição ao mesmo, existência de adequada sustentação social, idade, gênero, estado civil, deslocamento do habitat,



separação da família ou do grupo de sustentação, perdas pessoais (familiares, propriedade, meio de vida, mutilações físicas).

## RESILIÊNCIA

As adversidades contêm a possibilidade de efeitos patogênicos, mas também podem ser a oportunidade para progresso e crescimento. Da mesma forma, eventos disruptivos têm efeitos nocivos, porém também podem ser ponto de partida para desenvolvimentos saudáveis.

A capacidade de, como uma fênix, renascer das “cinzas” (da perda, da tristeza e da morte) é denominada **Resiliência**. O termo vem das ciências físicas e refere-se à capacidade observada nos metais de resistência ao choque de recuperação a um estado inicial. Resiliência pode ser definida como “*a capacidade humana de enfrentar, sobrepujar e ser fortalecido e transformado por experiências de adversidade*”.

Então, se disruptivo é um rompimento do funcionamento mental, resiliência seria a capacidade de suportar limites

desorganizadores e reorganizar-se após esta vivência específica.

Hoje a resiliência costuma ser apresentada como contrapartida da vulnerabilidade. A vulnerabilidade pode ser definida, nas ciências da saúde, *“como uma categoria que alude à probabilidade de respostas disfuncionais somáticas ou comportamentais frente a determinados desencadeadores. Isto significa que existem sujeitos que adoecem mais facilmente que outros, ou que, padecendo da mesma enfermidade, têm mais complicações ou respondem pior às intervenções terapêuticas”*.

A vulnerabilidade é um conceito que depende de três fatores: história pessoal de situações desruptivas (precoces e/ou cumulativas); condição de qualidade de vida alcançada e rede de vínculos interpessoais.

A seqüência lógica: encontro / organização / transformação é alterada pela adversidade e torna-se necessário outro encontro para produzir esta seqüência. Mesmo considerando a existência de potenciais organizadores, é o encontro que os ativa.

Vincular-se é um processo reflexivo. Não é um movimento que parte apenas de um lado do par envolvido (o cuidador e a pessoa que sofreu o dano). É necessário que exista em ambos disposição, abertura, aproximação e aceitação.

## ACOLHIMENTO

É o ato de estar junto com a pessoa que sofre o fato desruptivo oferecendo-lhe o amparo através de abrigo, atenção ou cuidado nos primeiros momentos.

### Primeiro momento

Em nosso trabalho com trauma e estresse pós-traumático, observamos que muitas vezes atuar no momento da latência, antes da síndrome traumática se estabelecer (antes do desruptivo transformar-se em traumático), pode impedir a formação dessa síndrome traumática.

Alguns autores apresentam este acolhimento inicial como debriefing. De acordo com a classificação comum, debriefing é “uma conversa única, semi-estruturada, com um indivíduo que apenas vivenciou uma situação estressante ou traumática”.

Isso significa acolher o indivíduo logo no primeiro momento pós-trauma, permitindo que ele compreenda e dê um significado ao que vivenciou. Visa auxiliar o processo de representação mental do que acabou de acontecer. O importante nesse momento é saber ouvir, oferecer um contato que pode ser físico, corporal, através de um toque ou de um abraço, por exemplo. Abrir espaço para que a pessoa represente a situação e possa sair da angústia de aniquilamento que o desampara.

Se bombeiros, policiais, médicos de emergência e enfermeiros puderem oferecer esse tipo de ajuda aos que sofreram essa experiência traumática, talvez o número de casos de pacientes que venham a desenvolver algum tipo de estresse pós-traumático diminua.

Esses profissionais devem ser treinados para saber como agir nesse momento, devem ser preparados para acolher e amparar, mesmo que seja apenas visando não “piorar” o quadro.

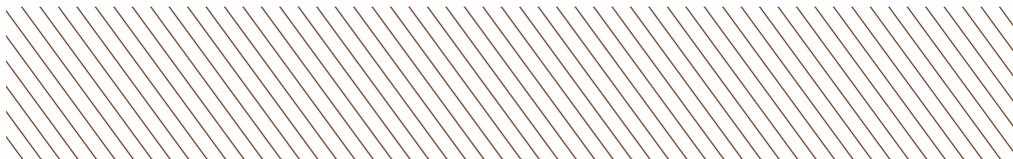
### **Durante a intervenção**

De forma diferente do que no contato logo após uma situação de estresse e/ou trauma, aqui o acolhimento se desenvolve com ênfase no diálogo, ou seja, no verbal.

Através desta aliança de trabalho, o cuidador vai buscar formas de acolher a pessoa, criando com ele o vínculo que possibilitará a melhora, a identificação de vulnerabilidades e o desenvolvimento de resiliência.



*Cartilha elaborada por:*  
**José Toufic Thomé**



# BIBLIOGRAFIA

1-American Psychiatric Association DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

2-Afrange Emília, Gribel Regina, Paladino Erane, Taralli, Ively e Thomé José T Taralli, Ively e Thomé José T -Curso sobre Intervenções Limite Desorganizadoras do Departamento de Psicodinâmica do Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo.

3-Benyakar,M; Lo disruptivo. Buenos Aires: Biblos, 2003.

4-Benyakar, M Lo Traumático. Buenos Aires: Biblos, 2005.

5- Benyakar, M. y Lezica, A

6- Crocq, L., Doutheau,C., Louville, P. y Cremniter, D. (1998) Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. Encycl Méd Chir. (Elsevier , Paris), Psychiatrie. 37-113-D-10, 8p.

7-Cunha Arantes, M. A Estresse. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

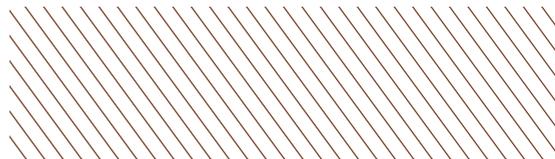
8-Cyrulnik, B. La maravilla del dolor. El sentido de la resiliência. Barcelona. Graniza.2001

9-Grotberg. E.H. Nuevas tendencias en resiliência, en A. Melilo y E. Soares Ojeda. Resiliencia. Descubriendo las propias fuerzas. Pai dós. Buenos Aires. 2001.

10-Mello, Marcelo Feijó de: Transtorno do Stress Pós-traumático: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Editora Manoli, 2006.

11-Taralli, Ively e Thomé José T.: A vivência relacional e sua ressonância na mente do paciente. Revista Brasileira de psicoterapia; vol. 7, n.1. Porto Alegre: Centro de estudos Luis Guedes, 2005.

12- Walsh, Froma. Fortalecendo a Resiliência Familiar. Rocca. São Paulo. 2001







[www.abpcomunidade.org.br](http://www.abpcomunidade.org.br)

**Procure um médico psiquiatra.**



[www.abpbrasil.org.br](http://www.abpbrasil.org.br)