

Marilene Proença Rebello de Souza
Elaine Gomes dos Reis Alves
(Organizadoras)

PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS

Intervenção Interdisciplinar em Crises,
Emergências e Desastres



Primeiros Cuidados Psicológicos

Intervenção Interdisciplinar em Crises,
Emergências e Desastres

Organizadoras

Marilene Proença Rebello de Souza
Elaine Gomes dos Reis Alves



2025

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor da Universidade de São Paulo

Carlos Gilberto Carlotti Junior

Vice-Reitora

Maria Arminda do Nascimento Arruda

Pró-Reitor de Graduação

Aluisio Augusto Cotrim Segurado

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Rodrigo do Tocantins Calado de Saloma Rodrigues

Pró-Reitor de Pesquisa e Inovação

Paulo Alberto Nussenzeig

Pró-Reitora de Cultura e Extensão Universitária

Marli Quadros Leite

Pró-Reitoria de Inclusão e Pertencimento

Ana Lúcia Duarte Lanna

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Diretora

Ianni Regia Scarcelli

Vice-Diretora

Patrícia Izar

Chefe do Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (PSA)

Pedro Fernando da Silva

Chefe do Departamento de Psicologia Clínica (PSC)

Maria Livia Tourinho Moretto

Chefe do Departamento de Psicologia Experimental (PSE)

Marcelo Frota Lobato Benvenuti

Chefe do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho (PST)

Nelson da Silva Júnior

Presidente da Comissão de Graduação

Gabriel Intecher Binkowski

Presidente da Comissão de Cultura e Extensão

Bernardo Parodi Svartman

Presidente da Comissão de Cooperação Internacional

Daniel Kupermann

Presidente da Comissão de Pesquisa e Inovação

Fraulein Vidigal de Paula

Presidente da Comissão de Pós-Graduação

Daniela Maria Oliveira Bonci

Presidente da Comissão de Pertencimento e Inclusão

Adriana Marcondes Machado

Coordenador do Centro-Escola

Pablo de Carvalho Godoy Castanho

Responsável pela Assistência Acadêmica

Sandra Dias dos Santos

Responsável pela Assistência Administrativa

Tatiana Carvalho de Freitas
Responsável pela Assistência Financeira
Claudenia Diniz da Silva Lima
Chefe Técnica da Biblioteca Dante Moreira Leite
Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini
Chefe da Seção Técnica de Informática
Eduardo Makoto Okamura
Chefe do Serviço de Apoio Institucional
Islaine Maciel

ORGANIZAÇÃO

Marilene Proença Rebello de Souza
Elaine Gomes dos Reis Alves

AUTORES

Dafne Rosane Oliveira
Elaine Gomes dos Reis Alves
Helena Rinaldi Rosa
Henriette Tognetti Penha Morato
Julia Bartsch
Juliana de Moraes Carvalho Rudge
Laura Almeida Antunes
Laura Carnielo Calejón
Maria Júlia Kovács
Marilene Proença Rebello de Souza
Walter José Martins Migliorini

CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Anache Ayache – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Ana Borgobello – Universidad Nacional de Rosario, Argentina
Ana Elena Del Bosque – Universidade Nacional Autónoma do México, México
Andrea Espinosa - Universidad Nacional de Rosario, Argentina
Ângela Fátima Soligo – Universidade Estadual de Campinas
Carlos Manuel Osorio García - Universidad internacional ibero-americana, México
Elenita de Ríccio Tanamachi – Universidade Estadual Paulista, Brasil
Fauston Negreiros – Universidade de Brasília, Brasil
Gisele Toassa – Universidade Federal de Goiás, Brasil.
Guillermo Arias Beatón – Universidad de La Habana, Cuba
Hugo Adrian Morales – Universidad Nacional de San Luis, Argentina
Iolete Ribeiro – Universidade Federal do Amazonas, Brasil
Iracema Neno Tada – Universidade Federal de Rondônia, Brasil
José Anicama – Universidad Autónoma do Perú, Perú
José Tasat – Universidad Nacional Tres de Febrero, Argentina
Laura Marisa Carnielo Calejón – Universidade Ibirapuera, Brasil
Luciane Maria Schlindwein – Universidade Federal de Santa Catarina
Marilda Gonçalves Dias Facci – Universidade Estadual de Maringá, Brasil

Marli Lúcia Tonatto Zibetti - Universidade Federal de Rondônia, Brasil
Miguel Angel Martínez – Universidad Nacional Autónoma do México, México
Mitsuko Aparecida Makino Antunes – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil
Nilza Sanches Tessaro Leonardo – Universidade Estadual de Maringá
Regina Helena Campos – Universidade Federal de Minas Gerais
Ruth Mercado Maldonado – Instituto Politécnico Nacional, México
Sergio da Silva Leite – Universidade Estadual de Campinas
Silvia Maria da Silva – Universidade Federal de Uberlândia
Sonia Mari Shima Barroco – Universidade Estadual de Maringá

DIAGRAMAÇÃO

Gérson Mercês

CAPA

Renato Batista da Silva

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Primeiros cuidados psicológicos: intervenção interdisciplinar em crises, emergências e desastres / Organização de Marilene Proença Rebello de Souza e Elaine Gomes dos Reis Alves. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2025.

160 p.

ISBN: 978-65-87596-71-6 (Digital)

DOI: 10.11606/9786587596716

1. Covid-19. 2. Cuidados psicológicos. 3. Intervenção. 4. Crises. I. Souza, Marilene Proença Rebello de (Org.). II. Alves, Elaine Gomes dos Reis (Org.).

Ficha elaborada por: Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini CRB 3995



Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria e respeitando a *Licença Creative Commons* indicada.

SUMÁRIO

Prefácio <i>Rosângela Elias</i>	7
Apresentação da Coletânea <i>Marilene Proença Rebello de Souza e Elaine Gomes dos Reis Alves</i>	10
Capítulo 1 A Pandemia enquanto desastre: conceitos e reflexões <i>Elaine Gomes dos Reis Alves</i>	16
Capítulo 2 Primeiros Cuidados Psicológicos: uma perspectiva interdisciplinar de cuidado <i>Marilene Proença Rebello de Souza</i>	33
Capítulo 3 Questões éticas dos Primeiros Cuidados Psicológicos <i>Laura Carnielo Calejón</i>	46
Capítulo 4 Primeiros Cuidados Psicológicos: estratégias de cuidado e desafios da pandemia COVID-19 <i>Dafne Rosane Oliveira</i>	56
Capítulo 5 Primeiros cuidados Psicológicos a pessoas de diferentes culturas: o cuidar responsável através da interculturalidade <i>Julia Bartsch</i>	70
Capítulo 6 Suicídios: definições, compreensão teórica, políticas públicas e grupos de acolhimento e cuidados. <i>Maria Júlia Kovács</i>	88
Capítulo 7 Atendimento <i>online</i> na Pandemia. <i>Laura Almeida Antunes</i>	104
Capítulo 8 Registro psicológico: por que registrar é cuidar? <i>Helena Rinaldi Rosa</i> <i>Walter José Martins Migliorini</i>	112
Capítulo 9 Escuta Oportuna. <i>Henriette Tognetti Penha Morato</i>	118

Capítulo 10

A supervisão de atendimentos enquanto espaço formativo

Dafne Rosane Oliveira

Elaine Gomes Reis Alves

Helena Rinaldi Rosa

Júlia Bartsch

Laura Almeida Antunes

Laura Carnielo Calejón.....134

Capítulo 11

A formação de profissionais de saúde em uma perspectiva virtual: o olhar da tutoria

Juliana de Moraes Carvalho Rudge 148

Sobre as Autoras.....158

Prefácio

Rosângela Elias

Vivemos juntos um grande desafio humanitário, a pandemia por Covid -19. Incertezas em relação ao futuro, o medo de perder familiares e amigos, o isolamento fazendo com que não pudéssemos ver filhos, netos, pais e avós e, a angústia ao testemunhar o sofrimento de pessoas desconhecidas, que tornavam reais todas as nossas aflições.

Em meio a todo esse turbilhão de emoções, tínhamos uma certeza: precisávamos cuidar e apoiar a população paulista. Mas como proporcionar encontros que são a fortaleza do cuidado em saúde mental num mundo que não se permitia mais convivência presencial?

Tudo se apresentava como um desafio, mas toda crise também traz oportunidades de crescimento. As tecnologias de comunicação, que antes eram carregadas de preconceito, passaram a ser um recurso fundamental para superar a distância imposta pela pandemia de Covid-19.

Como coordenadora da área técnica de saúde mental do estado de São Paulo à época, senti o dever social de inovar e buscar parceiros para construir o projeto que se tornou o Programa Autoestima. A resposta a essa necessidade veio prontamente do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP), por meio da Professora Doutora Marilene Proença e sua equipe, em uma parceria virtuosa entre universidade e poder público.

Nosso objetivo era claro: ampliar o acesso e criar um espaço de cuidado em saúde mental, oferecendo escuta e acolhimento para o sofrimento recente ou antigo, agravado pela pandemia. Foi então que o Instituto de Pesquisas Tecnológicas- IPT entrou em cena, construindo de forma integrada e solidária com a linguagem da saúde mental, uma plataforma que agregava informação de qualidade, qualificação para as equipes de saúde, acolhimento online e atendimento psicológico breve para a população.

O desenvolvimento da plataforma foi ágil, mantendo alta qualidade técnica e facilitando a comunicação com a população e equipes de saúde mental. Mas ainda tínhamos outro desafio: quem seriam os profissionais que realizariam o acolhimento online? Nossa proposta exigia compromisso e conhecimento quanto a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), formada por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, enfermeiros entre outros. Eles também buscavam formas de cuidar e ampliar seus conhecimentos nos conteúdos que mais afligiam a população diante das adversidades da pandemia.

A solução encontrada foi oferecer formação profissional com vivência prática no cuidado online em momento de crise. Além dos novos saberes, a qualificação proporcionava um espaço de encontro e troca entre os profissionais, formando uma rede compromissada com o programa.

Para gerenciar a parte acadêmica e organizar os conteúdos, contamos com a parceria da Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP). Outros parceiros também se uniram ao programa, como a Companhia de Processamento de Dados (PRODESP), o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS/SP), Secretarias de Estado de Governo, Desenvolvimento Econômico e Comunicação, o Fundo Social de São Paulo e o Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE). Cada instituição desempenhou um papel importante, sem a necessidade de disponibilização de recursos financeiros entre elas.

O Programa Autoestima iniciou suas atividades em outubro de 2020 e, em dois anos de funcionamento, alcançou o cadastro espontâneo de cerca de 2.000 profissionais de saúde e 6.300 usuários no site. Além disso, registrou aproximadamente 16.000 agendamentos e 1.670 acolhimentos contínuos e concluídos (entre 03 e 15 sessões).

Durante esse período o Programa Autoestima realizou 30 webs conferências online, com transmissão simultânea para trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, totalizando 25.905 visualizações no Youtube até outubro de 2022. Foram oferecidos cinco cursos 100% virtuais de atualização profissional (dois em parceria com o Instituto de Saúde e um em parceria com Unesp Campus Marília), com a inscrição de cerca de 3.000 profissionais e a certificação de aproximadamente 1.200 deles, totalizando 4.550 visualizações.

No que diz respeito à qualificação para atuação na área de Saúde Mental durante a pandemia e para os acolhimentos psicossociais virtuais, foram certificados 700 profissionais de saúde do SUS do Estado de São Paulo. Isso ocorreu por meio da oferta de até seis modalidades de curso coordenados pelo IP/USP em cinco edições, totalizando 29 cursos semestrais distribuídos ao longo de dois anos.

O livro “Primeiros Cuidados Psicológicos - Intervenção Interdisciplinar em Crises, Emergências e Desastres”, compartilha experiências e aprendizados desenvolvidos no processo, reúne conteúdos fundamentais para a atuação dos profissionais da saúde em emergências humanitárias, e as vivências das equipes que, atuaram no cuidado da saúde mental da população durante a pandemia.

Em conclusão, a cada capítulo, um pouco da história desses personagens da vida real estará presente, mostrando caminhos para cuidar quando o ser humano mais precisa de apoio e cuidado.

Apresentação da Coletânea

Marilene Proença Rebello de Souza

Elaine Gomes dos Reis Alves

Esta coletânea intitulada **Primeiros Cuidados Psicológicos: Intervenção interdisciplinar em Crises, Emergências e Desastres** é fruto de um intenso trabalho formação e qualificação de profissionais das Redes de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde, do estado de São Paulo, oferecido pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em parceria com a Secretaria do Estado da Saúde, Universidade Virtual de São Paulo, Instituto de Pesquisas Tecnológicas, SEBRAE SP, Fundo Social de São Paulo, com apoio de várias Secretarias do Estado de São Paulo, realizado durante a Pandemia de Covid 19, no período de 2020 a 2023.

Esta formação fez parte do Programa Autoestima, cuja plataforma foi desenvolvida especialmente, permitindo o atendimento à população em tempos de crise, por meio de atendimentos virtuais, de apoio psicossocial. Nesse período, foram oferecidos nove cursos por semestre, em cinco edições, com a participação de 600 profissionais do SUS do estado de São Paulo, sendo atendidas em torno de 6.000 pessoas. Todo o processo de formação de profissionais e de apoio psicossocial foi realizado de maneira *online*, instaurando uma nova modalidade de formação e de atendimento.

O tema dos Primeiros Cuidados Psicológicos, até então pouco conhecido pelos profissionais de saúde, tem se tornado uma importante ferramenta de apoio e acolhimento psicossocial, cada vez mais presente, diante da quantidade de situações de crises, emergências e desastres.

Os Primeiros Cuidados Psicológicos apresentam uma grande complexidade, que procuramos expressar nos diversos capítulos desta coletânea, sendo fundamental abordar as questões conceituais, as recomendações internacionais, as questões éticas envolvidas, a diversidade cultural daqueles que procuram esta modalidade de apoio, a

importância da escuta e o delicado tema do suicídio. Somam-se a tais temas, o desafio na utilização de tecnologias no atendimento psicológico e as novas formas de registro de atendimento virtual. A formação ressaltou também a importância das supervisões clínicas para a formação profissional nesta modalidade de apoio psicossocial e o papel da monitoria e da tutoria na formação de cursos oferecidos na modalidade virtual. Todo o trabalho desenvolvido foi voluntário e representou um grande processo de aprendizado para todos os docentes, pós-graduandos, pesquisadores, profissionais que dele participaram.

A coletânea intitulada **Primeiros Cuidados Psicológicos - Intervenção interdisciplinar em Crises, Emergências e Desastres**, organizada por Marilene Proença Rebello de Souza e Elaine Gomes Reis Alves, tem por objetivo proporcionar conhecimento teórico e prático sobre os Primeiros Cuidados Psicológicos enquanto importante instrumento de intervenção interdisciplinar, em conformidade com as proposições da Organização Panamericana de Saúde como Guia para os Trabalhadores de Campo e compartilhar as discussões e propostas desenvolvidas por meio de curso de formação oferecido aos profissionais do Sistema Único de Saúde do estado de São Paulo, durante o período da Pandemia de Covid 19. Composta por 11 capítulos, estará abordando os seguintes temas, detalhados a seguir.

No capítulo 1, **Pandemia enquanto desastre: conceitos e reflexões**, escrito por Elaine Gomes dos Reis Alves define os conceitos de desastre, emergência e sindemia, esclarece o que é Psicologia da Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres e as cinco fases do desastre. Também faz uma discussão e reflexão sobre temas complexos e interditos que foram experimentados pela maioria das pessoas durante a pandemia, como: morte, importância dos rituais, luto, luto complicado e trauma.

O capítulo 2, **Primeiros Cuidados Psicológicos: uma perspectiva interdisciplinar de cuidado**, de *Marilene Proença Rebello de Souza*, tem por objetivo analisar, a partir de uma concepção interdisciplinar, a importância do cuidado enquanto elemento estruturante da vida em sociedade e sua importância em contextos nos quais as ameaças à vida, à segurança, à sobrevivência são explicitadas e inexoravelmente vividas. Para tanto, apresenta a dimensão ética do cuidado enquanto princípio fundamental da existência humana e das práticas em sociedade, valorizando as ações e estratégias que

se valem dessa dimensão humana. Destaca, para tanto o Guia sobre os Primeiros Cuidados Psicológicos que possibilita considerar um importante instrumento de intervenção psicossocial em contextos de crises, emergências e desastres.

O capítulo 3 sobre **As Questões Éticas dos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP)**, considera o Programa Autoestima proposto pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em parceria com o Instituto de Psicologia da USP e analisa a dimensão ética do atendimento oferecido pelos profissionais que frequentam o curso a pessoas que pedem ajuda pela plataforma mencionada. A pandemia/sindemia Covid19 demonstrou os desafios enfrentados pela saúde pública no contexto brasileiro e a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para o enfrentamento a situações de desastre prolongado, como foi a Pandemia de Covid19.. A partir de diferentes contribuições da Psicologia e dos conceitos de saúde e saúde mental, o capítulo analisa a necessidade de autoconhecimento do profissional que se dispõe a atender o sujeito em sofrimento como uma condição ética a ser considerada.

O capítulo 4, **Primeiros Cuidados Psicológicos: estratégias de cuidado e desafios da pandemia COVID-19** de Dafne Rosane Oliveira objetiva apresentar e discutir estratégias de cuidado e desafios na implementação do curso de formação em Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) do Programa Autoestima, cujas atividades contemplaram um formato de atendimento online e síncrono, norteados pela proposta dos PCP. Buscou-se aprofundar as orientações teóricas em ações de manejo nos atendimentos realizados no programa. Trata-se de uma modalidade de intervenção pontual que visa acolhimento e direcionamento para ações de estabilização emocional. Foram apresentadas ações norteadoras do manejo clínico para profissionais de saúde, considerando: a naturalização das reações emocionais diante situações de crises; a análise do nível da percepção de risco e seus impactos na saúde mental; a observância de fenômenos sociais, econômicos, problemas de infraestrutura, estigmas sociais e discriminação, que em sua conjuntura agravam as demandas psicológicas; e, a abordagem da morte e dos diversos lutos envolvidos, que em sua maioria não dispuseram de espaço para expressão de sentimentos.

Julia Bartsch apresenta o capítulo 5, **Primeiros Cuidados Psicológicos a pessoas de diferentes culturas: o cuidar responsável através da interculturalidade** pretende indicar a importância em se considerar elementos e códigos culturais para que se crie um vínculo adequado no trabalho com as pessoas e com o grupo ao qual se oferecem os Primeiros Cuidados Psicológicos. Desta forma, a compreensão não se atará à vivência do evento em si, mas aos sentidos subjetivamente atribuídos e a possíveis representações de outras rupturas. Além disso, a observação do fenômeno da alteridade deve ser visto, segundo os princípios da interculturalidade, onde não há uma cultura que se sobreponha à outra, como um encontro entre culturas, não apenas a das pessoas afetadas, mas também a das pessoas envolvidas nos cuidados. Por fim, busca-se trazer uma proposta de intervenção específica à população migrante.

O capítulo 6 intitulado **Suicídios: definições, compreensão teórica, políticas públicas e grupos de acolhimento e cuidados**, de Maria Júlia Kovács apresenta questões, dilemas e desafios sobre o tema, trazendo reflexões e ações que devem ocorrer em rede, porque cuidar do suicídio não pode ser responsabilidade de um único profissional, por serem eventos de alta complexidade. Cada suicídio tem a história de uma pessoa em sofrimento, numa dada cultura. Fatores predisponentes e precipitantes são apontados. São apresentadas propostas de cuidados para a pessoa com ideação e tentativa de suicídio e familiares. Aponta-se a importância do desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e posvenção do suicídio e o investimento na formação de profissionais habilitados para cuidar desse evento multidimensional com empatia e compaixão. Tabus e estigmas precisam ser diminuídos para que se tenha a consciência pública que o suicídio é um problema de todos nós.

O capítulo 7, **Atendimento *on line* na Pandemia, de autoria de Laura A. Antunes** apresenta um importante formato de trabalho que passou a ser fundamental com o surgimento da pandemia do coronavírus. Este tema, contextualizado em um momento no qual os seres humanos foram convocados a refletir sobre novas maneiras de cuidarmos e de nos “aproximarmos” uns dos outros, especificamente os profissionais da área da saúde, trata dos aspectos relevantes a respeito do atendimento *on-line* na pandemia do

coronavírus; contextualiza um ambiente de crise e, neste, a relevância do suporte psicológico como ferramenta para o enfrentamento da pandemia.

Este texto apresenta os ajustes necessários para a atuação do psicólogo no atendimento remoto, para que o “estar junto” seja viabilizado. São também apresentados os Primeiros Cuidados Psicológicos e expostos aspectos básicos para o preparo dos espaços de cuidados *on-line*. Por fim, especificidades presentes no atendimento pelo telefone são evidenciadas.

O Capítulo 8, intitulado, **Registrar informações para quê? A importância do registro**, de autoria de Helena Rinaldi Rosa e Walter José Martins Migliorini, discute a importância do registro de informações, em especial aquelas relativas à demanda pelos Cuidados Psicológicos junto à população em situações de calamidades ou aquelas em que a comunidade se vê com perda da “normalidade”. Demonstrar que o registro dos dados, o mais claro e objetivo possível, baseado em critérios científicos, é fundamental para se elaborar propostas de ação, especialmente quando não há mais tal normalidade.

O capítulo 9, **Escuta Oportuna** de Henriette Tognetti Penha Morato aborda uma experiência realizada, a partir de convênio entre IPUSP e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, para apoiar e supervisionar profissionais das RAPS do Estado para sua ação online com os usuários durante a pandemia. Revelou-se uma experiência fundamental para ação clínica e saúde mental em uma perspectiva de abertura de possibilidades para o trabalho Inter profissional em saúde.

O capítulo 10, **A supervisão de atendimentos enquanto espaço formativo**, em que participam Dafne Rosane Oliveira, Elaine Gomes Reis Alves, Helena Rinaldi Rosa, Júlia Bartsch, Laura Marisa Carnielo Calejón e Laura Almeida Antunes analisam os encontros de supervisão dos atendimentos enquanto dispositivo que permitia compreender os desafios encontrados pelos profissionais, alunos do curso, que atendiam as pessoas que procuravam a plataforma Auto-Estima. Os depoimentos apresentados neste capítulo, assim como os capítulos anteriores que antecedem os depoimentos, demonstram a importância deste recurso para atenção ao sofrimento humano, produzido por desastres e emergências, assim como os desafios das diferentes áreas da ciência, da

saúde e da educação que procuram compreender a subjetividade humana, os desafios enfrentados pela educação e pela saúde no contexto social em que estamos inseridos.

Finalizando a coletânea, teremos o Capítulo 11, **A formação de profissionais de saúde em uma perspectiva virtual: o olhar da tutoria**, de autoria de Juliana Rudge que analisa o avanço da difusão tecnológica e a utilização da tecnologia nos processos educativos, que amplia, cada vez mais, a função de um tutor, que tem ganhado cada vez mais espaço e funcionalidade. A tutoria mais utilizada, inclusive a experiência que aqui será abordada, consiste, por sua vez, em fazer a mediação entre os alunos e supervisores, como também dar suporte aos atendimentos, realização das atividades e acesso às plataformas de atendimento e armazenamento das aulas. Analisa a experiência da tutoria e como ela tem evidenciado outras modalidades educativas que buscam ferramentas de auxiliar e facilitar de forma efetiva o processo de ensino-aprendizagem dos alunos, considerando o contexto na qual estão inseridos e facilitando a interação com os desenvolvimentos tecnológicos do mundo globalizado.

Por fim, gostaríamos de agradecer a todas as docentes do Programa, às estudantes monitoras, às colegas da Secretaria de Saúde do estado de São Paulo, à Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP, ao Instituto de Psicologia, à Univesp, ao IPT, ao Fundo Social de São Paulo, ao SEBRAE - SP que foram atores fundamentais para que pudéssemos contribuir de forma responsável e profissional para enfrentar os desafios gerados no contexto da Pandemia de Covid-19. Agradecer também aos profissionais da Rede de Atenção Psicossocial que confiaram no trabalho desenvolvido. A solidariedade e a disponibilidade foram fundamentais para viabilizar o desenvolvimento, em tão pouco tempo, de um conjunto de ações que chegasse à população, minimizando a dor e o sofrimento e possibilitando a construção de estratégias de enfrentamento a situações inusitadas e desafiadoras.

Capítulo 1

PANDEMIA ENQUANTO DESASTRE: CONCEITOS E REFLEXÕES

Elaine Gomes dos Reis Alves

A República Popular da China, em 31 de dezembro de 2019, alertou a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei. A identificação de um novo tipo de coronavírus, o SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19, foi confirmada em 07 de janeiro de 2020 e declarada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), pela OMS, em 30 de janeiro de 2020. O surto de COVID-19 foi classificado como pandemia em 11 de março de 2020 (OPAS, 2022).

Na história, esta foi a sexta vez que se declarou uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2022) as outras foram:

1. 25 de abril de 2009 - Pandemia de H1N1
2. 5 de maio de 2014 - Disseminação internacional de poliovírus
3. 8 agosto de 2014 - Surto de Ebola na África Ocidental
4. 1 de fevereiro de 2016 - Vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas
5. 18 de maio de 2018 - Surto de ebola na República Democrática do Congo.

No entanto, nenhuma outra ESPII foi tão dramática e avassaladora como a pandemia Covid-19, considerada o maior desastre depois da 2ª. Guerra Mundial. Um marco significativo do século XXI. Diferente de desastres pontuais, como deslizamentos, terremotos, desabamentos e outros, trata-se de um evento lento e de longa duração, cujo término é difícil de determinar.

Enquanto outros desastres imediatamente deixam destruição e morte visivelmente escancaradas, a pandemia de COVID-19 chegou como uma onda

gigantesca, um tsunami sem fim, no qual ficamos submersos, literalmente sem ar e sem ter ideia de quando seria possível emergir. Por se tratar de um evento silencioso e invisível, uma vez que a paisagem e as pessoas não parecem afetadas, o desastre se torna difícil de ser compreendido. A tragédia aconteceu dentro dos lares e só foi concretizada pelo isolamento social e pelas imagens apresentadas na TV e outras redes sociais. Esta condição implica num impacto psicossocial de diferentes níveis de intensidade e gravidade

Desde o final de 2022, graças a vacina e a mutação do vírus, a pandemia parece estar recuando, mas ainda assola e preocupa o mundo todo. O ser humano deve se acostumar e aprender a conviver com o SARS-CoV-2 (Covid-19).

Conceitos

Para refletirmos sobre a pandemia enquanto desastre, é necessário a compreensão dos principais conceitos.

Atualmente, desastres são divididos em naturais e tecnológicos e, estes, são divididos em subgrupos:

- Naturais: geológicos, hidrológicos, meteorológicos, climatológicos e biológicos;
- Tecnológicos: substâncias radioativas, produtos perigosos, incêndios urbanos, obras civis, conflitos bélicos e transporte de passageiros e de cargas não perigosas.

Apesar da classificação em Desastre Natural, ele está relacionado a forma como o ser humano coexiste com fenômenos da natureza, o local de construção das habitações e a convivência com o meio ambiente. Ou seja, embora o evento seja natural (da natureza), o desastre não o é.

Desastre, de acordo com o Glossário da Estratégia Internacional para Redução de Desastres (EIRD) é:

Uma séria perturbação do funcionamento de uma comunidade ou sociedade em qualquer escala devido a eventos perigosos interagindo com condições de exposição, vulnerabilidade e capacidade, levando a um ou mais dos seguintes aspectos: perdas e impactos humanos, materiais, econômicos e ambientais. O efeito do desastre pode ser imediato e localizado, mas geralmente é generalizado e pode durar um longo período de tempo. O efeito pode testar ou exceder a capacidade de uma comunidade ou sociedade de lidar com seus próprios recursos e, portanto, pode precisar de assistência de fontes externas, que podem

incluir jurisdições vizinhas ou nacionais ou internacionais (UNISDR, 2009).

No Brasil, a Normativa n.02, de 20/12/2016, do Ministério da Integração Nacional, define desastre como resultado de eventos adversos, naturais, tecnológicos ou de origem antrópica, sobre um cenário vulnerável exposto a ameaça, com danos humanos, materiais, ambientais, econômicos e sociais (Brasil, 2016).

Emergência, segundo a UNISDR (2009) são eventos perigosos que, embora com perdas e impactos humanos, materiais e ambientais, não resultam na séria interrupção do funcionamento de uma comunidade ou sociedade. Não há necessidade de incluir outras jurisdições para resolução da crise.

Ou seja, para ser compreendido como um desastre, ou uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), se faz necessário conciliar ameaças biológicas, vulnerabilidade, exposição, insuficiência de capacidade local para lidar com as consequências e que exige uma resposta também internacional coordenada (FIOCRUZ, 2022).

Importante lembrar que, para a Psicologia, conforme o Conselho Federal de Psicologia (CFP):

O Desastre depende da perspectiva daquele que o nomeia e do lugar que ele ocupa nessa interação com o evento. Assim, o conceito de desastre é utilizado para nomear muitos eventos e/ou processos com características distintas. Parte-se da compreensão do desastre como uma ruptura do funcionamento habitual de um sistema ou comunidade, devido aos impactos ao bem-estar físico, social, psíquico, econômico e ambiental de uma determinada localidade. Tal evento afeta um grande número de pessoas, ocasionando destruição estrutural e/ou material significativo, e altera a geografia humana provocando desorganização social pela destruição ou alteração de redes funcionais. Os desastres podem provocar medo, horror, sensação de impotência, confrontação com a destruição, com o caso, com a própria morte e/ou de outrem, bem como perturbação aguda em crenças, valores e significados. Para haver um desastre é necessária a combinação de um conjunto de fatores: ameaças, exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente gestão integral de riscos. O desastre deve ser compreendido e vinculado ao contexto no qual ele ocorre, ou seja, é necessário considerar as dimensões sócio-político-culturais de vulnerabilidade, capacidade, exposição de pessoas e bens, características e percepções dos riscos e meio ambiente (CFP, 2021).

Favero, Sarriera e Trindade (2014) afirmam a importância da reavaliação do conceito de desastre. É preciso considerá-lo como um processo que se origina na interação entre seres humanos e seu contexto social, o qual denuncia as vulnerabilidades física, social e ambiental.

Considerando que os desastres extrapolam e desafiam a capacidade humana de enfrentamento e por levar a perdas repentinas, inesperadas e também, prolongadas ao longo do tempo, a pandemia Covid-19 tem características muito específicas que determinam a capacidade de enfrentamento das comunidades e suas consequências.

O período entre 2020 e 2022 foi marcado pela concretização de um desastre biológico mundial sem precedentes, com características disruptivas de larga escala e capacidade de consequências devastadoras a curto, médio e longo prazo. “A pandemia trouxe sérios impactos que atingem desde aspectos médicos-biológicos, psíquicos, humanitários, sociais, econômicos, políticos, eco ambientais, culturais, relacionais e coletivos, até os aspectos éticos de maior complexidade” (Kreuz, 2021, p. 245), que caracterizam uma sindemia.

O mundo, ameaçado, produziu respostas, porém distintas. A heterogeneidade de reações de enfrentamento ao vírus, assim como as ondas da infecção nos vários países dependem de fatores como: redes de saúde, educação, trabalho e renda, proteção social, recursos financeiros governamentais entre outros.

Horton (2020) afirmou que a Covid-19 não se trata de uma pandemia, mas sim de uma sindemia. Tal afirmação jogou luz para a necessidade de se considerar as dificuldades de enfrentamento da covid-19 e os riscos maiores para agravos à saúde física e mental.

O conceito de sindemia foi cunhado por Merrill Singer na década de 1990, que combina sinergia e pandemia. Significa o processo de interação sinérgica entre duas ou mais doenças – sendo uma delas classificada como pandemia - que, juntas, ampliam os danos sobre a saúde da população, deixando-a ainda mais vulnerável. Os contextos ambiental, social e econômico potencializam a interação entre as doenças (Bispo Júnior e Santos, 2021).

O desenvolvimento da pandemia se dá junto com o crescimento de outras epidemias: dengue, diabetes, hipertensão, ansiedade e depressão, diversas doenças tropicais entre outras. A coexistência da covid-19 com as diversas doenças se soma e é

afetada pelas crises humanitária, climática, ambiental, econômica, sanitária e política. A síndrome da covid-19 se caracteriza pelos efeitos sinérgicos das várias interações, os quais aumentam as incidências e potencializam os efeitos clínicos e sociais (Bispo Junior; Santos, 2021; FIOCRUZ, 2022).

De acordo com a FIOCRUZ (2020) de um terço a metade da população pode sofrer algum tipo de manifestação psicopatológica devido a covid-19. O desenvolvimento destas psicopatologias depende de variáveis como: cultura, trajetória, experiências vividas, magnitude da pandemia, vulnerabilidades socioambientais, afastamento da rede socioafetiva e outras. Pesquisa da World Health Organization (WHO), em 2011, indica que o aumento na demanda em saúde mental está diretamente relacionado ao medo do contágio, perdas (familiares, emprego e renda), inseguranças sobre o futuro e isolamento social.

Psicologia da Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres

A Psicologia em Emergências e Desastres (E&D), no Brasil, ainda é considerada uma área em construção e sua inserção tem sido gradual. Ela despontou timidamente nas duas últimas décadas do século XX e, no século XXI vem ganhando espaços maiores e diversificados, despertando o interesse de um número significativo de profissionais.

Apesar da atuação da Psicologia desde muito tempo com tais questões, somente em 2006 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) se inseriu oficialmente na área ao realizar o 1º Seminário Nacional de Psicologia das Emergências e dos Desastres e 1ª Reunião Internacional por uma Formação Especializada em Psicologia em E&D (Alves; Oliveira, 2017; Alves, 2021).

Em 2015, foi criada a Comissão Nacional de Psicologia nas E&D, configurando a necessidade e importância das ações da Psicologia nesta área, e instaura uma mudança de paradigma ao se referir à gestão integral de riscos, emergências e desastres. Desde então, a Psicologia, apoiada na Lei n. 12.608 de 10 de abril de 2012, sobre a Política Nacional, Estadual e Municipal de Proteção e Defesa Civil (Brasil, 2012), deve atuar nas cinco fases do desastre e não somente na fase de Resposta, foco inicial da Psicologia em E&D.

Fases do desastre:

1. Prevenção - Reduzir a ocorrência e intensidade de desastres. Percepção de risco da comunidade e conhecimento da população vulnerável.
2. Mitigação - Reduzir causas ou consequências dos desastres; execução de planos de contingência; fortalecimento das relações de vizinhança; estímulo ao protagonismo da comunidade.
3. Preparação - Minimizar os efeitos de desastres. Formação e capacitação de recursos humanos; educação e treinamento de populações vulneráveis; organização da cadeia de comando, medidas de coordenação das operações e logística. A preparação da comunidade visa reduzir o sofrimento individual e coletivo.
4. Resposta - Ações durante as emergências e desastres, conforme organizado na fase de Preparação.
5. Reabilitação, Recuperação e Reconstrução: Ações após emergências e desastres. Avaliação de danos; reorganização da comunidade afetada; restauração do local; reabilitação de serviços essenciais e apoio social. Recuperar a infraestrutura e restabelecer os serviços públicos e o bem-estar da população.

A Psicologia da Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres visa estudar e planejar intervenções que minimizem situações de risco, desde a prevenção, passando pelo auxílio direto às vítimas e na fase de reconstrução física e psicológica. Estuda também, os efeitos nos profissionais de E&D e oferece acolhimento às vítimas diretas e indiretas. Analisa o impacto que eventos extremos causam na vida das pessoas e as formas de abordagem e cuidados (Franco, 2015).

As contribuições da Psicologia são fundamentais na prevenção e redução de riscos e danos de desastres; na prevenção de agravos à saúde mental; no tratamento das consequências psicológicas decorrentes do evento extremo que podem ser experienciadas por um indivíduo, por uma comunidade ou cidades inteiras, bem como durante toda fase de recuperação e, no caso de uma pandemia, pelo mundo todo.

A Psicologia deve contribuir no preparo da comunidade para a situação de desastre; auxiliar no fortalecimento das relações comunitárias e favorecer a integração de capacidades e competências das comunidades para solucionar crises locais; desenvolver ações orientadas à promoção de uma cultura de redução de riscos de desastres e atuar na mobilização de potenciais e habilidades para o enfrentamento de situações extremas (Alves 2021; Alves; Oliveira, 2017; Brasil, 2012).

Desastres afetam as pessoas de diferentes formas, com grande variedade de reações e sentimentos. Muitos podem se sentir sobrecarregados, confusos ou com excesso de orientações e informações; amedrontados, ansiosos, anestesiados ou insensíveis. Alguns terão reações leves, enquanto outros severas. As reações dependem de vários fatores como: natureza e severidade do evento; vivência anterior de situações de crise; apoio que recebem de outras pessoas durante a vida; estado de saúde física; histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental; cultura e tradições pessoais e idade (OPAS, 2015). Acrescento ainda: lugar que ocupa na família, na comunidade e capacidade de responder a frustrações.

Na pandemia covid-19 o conhecimento foi sendo construído na prática e a partir de estudos sobre pandemias anteriores e desastres crônicos, como guerrilhas, guerras e a gripe espanhola em 1918.

O Guia de Saúde Mental Pós-Pandemia no Brasil (Culminale, 2022) apontou o movimento da pandemia em quatro ondas:

- ✓ Primeira onda – Sobrecarga imediata sobre o Sistema de saúde em todos os países – preparo às pressas para cuidar de pacientes graves com Covid-19;
- ✓ Segunda onda – Diminuição de recursos da saúde para outros casos clínicos agudos – realocamento de verba para enfrentamento da pandemia;
- ✓ Terceira onda – Impacto da interrupção nos cuidados de saúde de várias doenças crônicas;
- ✓ Quarta onda – Aumento de transtornos mentais e trauma psicológico diretamente provocado pela infecção ou seus desdobramentos.

Acrescento mais três ondas ao mesmo conceito:

- ✓ Quinta onda – Colapso do Sistema de saúde! – Piora da saúde mental.
- ✓ Sexta onda - Retomada do Sistema de saúde. VACINA! Esperança X fadiga pandêmica. Percepção dos agravos à saúde mental.
- ✓ Sétima onda - Pós fase aguda da pandemia - Diminuição expressiva dos casos graves e do número de mortes. Sociedade mais calma. Esquecimento dos riscos. Aumento de transtornos de ansiedade, depressão, ideações suicidas, tentativas de suicídio e suicídio.

Na pandemia, além da morte de entes queridos, todos perdemos imediatamente, a rotina tão necessária na organização da vida. Inúmeras pessoas perderam o emprego e outras tantas tiveram redução salarial, acarretando outras perdas significativas em cada família. Jovens e crianças perderam a escola e as relações sociais tão importantes nesta fase da vida. Impossível dimensionar as perdas acarretadas pela pandemia e suas consequências.

Não é possível prever o tempo que as pessoas necessitam para se recuperar de um desastre. Entre os fatores que podem contribuir ou prejudicar a recuperação está a existência de sistemas de apoio, como família, lazer, atenção e cuidados em Psicologia. Existem pessoas que são particularmente vulneráveis e podem precisar de mais ajuda ou apoio adicional como: crianças e idosos, gestantes, pessoas com deficiências físicas e intelectuais, pessoas que pertencem a grupos que podem ser marginalizados ou são alvo de violência.

Morte

A morte pode ser concreta ou simbólica e ambas estão presente em situações E&D: a) Concreta – perda da vida. b) Simbólica – desfigurações, mutilações, aquisição de doenças crônicas, perda de possibilidades físicas (visão, audição, movimentos), perda de capacidades cognitivas, falências, perda do emprego; perda de moradias e/ou bens, mudanças geográficas, separações afetivas entre outras perdas. As perdas simbólicas também deflagram o luto.

Até o século XIX a morte que acontecia junto à família e em casa, bem como os rituais de despedida, era denominada “*domada e domesticada*” (Ariès, 1977).

A partir do século XX, o desenvolvimento da medicina e da tecnologia fez do hospital um lugar para se alcançar a cura de doenças, ou um tratamento que prolonga a vida com ou sem qualidade, mas também, passou a ser o local onde as pessoas morrem. Desde então, falar sobre a morte, sentir e expressar os sentimentos de dor e pesar passou a ser considerado inadequado. O conceito de morte se inverteu, tornou-se interdita e se transformou em tabu, denominada por Ariès (1977) “*morte invertida e interdita*”. A sociedade não sabe mais como agir com pessoas enlutadas e estas passaram a reprimir e esconder sua dor. Os sentimentos de desolação e tristeza pela perda deixaram de ser autorizados.

No início do século XXI, Kovács (2003, 2021) traz o conceito de *morte escancarada*, aquela que é inesperada, abrupta, violenta, repentina, invasiva e pública, característica em situações de E&D. Expõe o morto, os familiares e suas histórias. Dificulta a proteção e inibe a expressão de sentimentos. Perdas múltiplas podem minar as redes de apoio. Exposição à mídia, informações deturpadas e boatos, dificuldade para compreender os fatos, confusão de sentimentos e emoções também atrapalham. O choque desestabiliza e dificulta o processo de luto.

A morte escancarada excede a capacidade de resposta de indivíduos, famílias e comunidades e dificulta a proteção e o controle de suas consequências. Há exposição das pessoas e suas histórias tornam-se objetos de comentários, críticas e julgamentos e os protagonistas ficam expostos e indefesos. Mortes violentas e abruptas, principalmente de crianças e jovens, eventos que aumentam a sensação de vulnerabilidade e perda de confiança do futuro extrapolam a condição de compreensão e representam risco para a saúde mental, favorecendo o luto complicado, que necessita de cuidado e assistência profissional. Por outro lado, o luto coletivo, comum em desastres, favorece o compartilhamento e autorização da dor, o que possibilita a elaboração da perda e pode ser um fator de proteção para o luto complicado (Alves, 2014).

Na pandemia, a morte é escancarada, mas de uma maneira diferente. A mídia mostrava números, valas e urnas amontoadas. As famílias não podiam se despedir. No início, os rituais eram proibidos, depois, quando permitidos, tinham apenas duas horas. Sem parentes e amigos, pessoas enlutadas ficavam sozinhas e isoladas com a própria dor. A morte escancarada dificulta a elaboração do luto.

Na pandemia, além da morte de entes queridos, todos perdemos imediatamente, a rotina (mundo presumido) tão necessária na organização da vida. O mundo presumido é tudo aquilo que conhecemos e sua ruptura gera medo, insegurança e ansiedade.

Inúmeras pessoas perderam o emprego e muitas tiveram redução salarial, acarretando outras perdas significativas em cada família. Jovens e crianças perderam a escola e as relações sociais tão importantes nesta fase da vida. Idosos perderam a presença de pessoas queridas e muitos adoeceram e morreram por saudade, tristeza e solidão. Impossível dimensionar as perdas acarretadas pela pandemia e suas consequências.

Importância dos rituais

Todo ritual tem como objetivo marcar o fim de um ciclo e o início de outro. Os rituais são importantes para a instalação do processo de luto. Eles auxiliam na concretização da morte, confirmam a perda, autorizam a expressão dos afetos, sentimentos, emoções e memórias. Propiciam a construção de significados e fornecem suporte social ao enlutado.

Em tragédias, a exposição das vítimas e da comunidade afetada e a mídia costumam invadir a privacidade e inibem a expressão das emoções. A falta de corpo, o desaparecimento, comum em desastres, dificulta a finalização do ciclo. Mesmo que o corpo não tenha sido encontrado e desde que a morte seja certa é importante a realização de um ritual de despedida para o encontro entre familiares e amigos e para fortalecer a rede de apoio do enlutado.

Na pandemia, a falta de rituais para vítimas da covid-19 e rituais rápidos e com apenas 10 pessoas para outras mortes prejudicou muito a elaboração do luto dos amigos e familiares. Não poder ver o corpo dificulta a concretização e a compreensão da morte. A reclusão social obrigou famílias a conviver com a dor da perda de forma solitária e isolada. A impossibilidade de compartilhamento da dor fez com que as pessoas recorressem a rituais virtuais de despedida na tentativa de evitar o luto complicado. Foi possível observar diversas formas de rituais em redes sociais como tentativa de se despedir e honrar o morto.

Luto

O luto é o dolorido processo de elaboração da perda. Segundo Parkes (1998) é a pior experiência do ser humano durante toda sua existência e envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem. Sempre que houver perda ou rompimentos significativos, haverá luto. Trata-se de um processo individual natural, importante, necessário, saudável, extremamente difícil e dolorido e, cada um o vive à sua maneira. Embora provoque afastamentos das atividades cotidianas, a princípio, não se propõe a necessidade de tratamento médico. Suprimir a dor poderá prolongar esse processo de aprendizagem.

Em desastres as perdas são múltiplas e podem se somar a outras que já estavam sendo vivenciadas. Essa sobreposição de perdas e dor dificultam as elaborações e a reparação psíquica. Durante a pandemia, várias famílias perderam mais de um ente por covid-19, configurando perdas múltiplas e sobrepostas. Quanto maior o número de

perdas e maior o vínculo, mais difícil fica a experiência de luto e maior o risco de luto complicado.

Na pandemia, entre as várias perdas, há também a perda da segurança. Todos corriam o risco de se infectar e levar o vírus para casa, adoecer e perder entes queridos. Profissionais de saúde e dos serviços funerários, em constante contato com o coronavírus SARS-CoV-2, foram intensamente afetados pelo medo.

Apesar de o luto ser um processo normal perante uma perda significativa, algumas pessoas podem ter dificuldades e precisar de ajuda profissional para assimilar e elaborar a perda. Essas dificuldades podem levar ao *Luto Complicado*, que favorece o adoecimento psíquico e físico, impossibilitando a readaptação à vida, ou viver sem aquilo que foi perdido. Mortes traumáticas, ausência de corpo e de rituais de despedida podem contribuir para o Luto Complicado.

Frente a um desastre existem diferentes tipos de reações de luto e a maioria das pessoas o enfrenta e sai bem do processo de enlutamento. Porém, Franco (2021) lembra que os diversos lutos decorrentes de um desastre nem sempre se apresentam imediatamente após o evento. O indivíduo perde bases seguras, contesta valores e comportamentos e a reorganização psicossocial, na maioria das vezes, necessita de suporte externo.

Não existe um período de tempo estipulado como “normal” para o luto, cada pessoa, de acordo com seu vínculo com quem ou aquilo que foi perdido, necessita de seu tempo interno para elaborar a própria perda. Muitas pessoas pensam que o luto dura um ou dois anos, o que não é verdade. No primeiro ano após a morte de um ente querido, todos os eventos ou fases são uma novidade difícil de ser enfrentada: Natal, aniversários e datas especiais para a pessoa enlutada ligadas àquela falecida são desconhecidos e até assustadores. Ao completar um ano da morte, apenas se fecha esse ciclo de datas experimentadas sem a pessoa que morreu. Não significa necessariamente que diminuiu a dor ou o fim do processo de luto. Aliás, uma vez enlutado, para sempre enlutado.

São reações de luto: crises de choro; perda de apetite; insônia, ou dormir demais; desejo de ficar só; sentir-se anestesiado, com sensação de que não é verdade, de estar sonhando; dor (buraco) no peito; sentir raiva e buscar um culpado; pensamentos recorrentes e procura pela pessoa; necessidade de falar sobre o que aconteceu; sentimento de solidão.

O luto desencadeado por desastres é complexo, intenso e de longa duração. Requer a atenção de profissionais especializados no trato não apenas das questões da perda como também do que é tão particular desse contexto. O mundo muda de repente, e o afetado não sabe se e quando poderá retomar o controle da vida. Aceitar que nunca mais será o mesmo é um passo doloroso, porém extremamente necessário para a reconstrução. Reconstrução de uma vida, porém com novos significados (Franco, 2021, p. 153).

Luto Complicado

O processo de luto complicado se dá a partir de uma desorganização prolongada que impede o indivíduo de se adaptar à vida sem o objeto perdido. Retomar as atividades cotidianas parece impossível e o sofrimento intenso pode durar vários anos.

O luto não resolvido interfere no estado emocional e impacta a vida e a rotina de forma significativa. A tristeza profunda e longa interfere e diminui os contatos sociais e pode ter impacto sobre a saúde física e mental.

Segundo Worden (2015) no luto complicado podem estar presentes as seguintes manifestações: expressão de sentimentos intensos que persistem mesmo muito tempo após a perda; somatizações frequentes; mudanças radicais no estilo de vida que tendem ao isolamento; episódios depressivos, baixa autoestima e impulso autodestrutivo.

Eventos que aumentam a sensação de vulnerabilidade e perda da confiança no futuro dificultam o processo de luto, podem gerar sentimento de impotência e de incompetência e aumentar a sensação de desamparo. O choque e a descrença dificultam o contato com a nova realidade e podem levar ao “entorpecimento”. Podemos considerar como complicadores:

- Perdas múltiplas;
- Tipo de morte e exposição à mídia, principalmente em caso de morte estigmatizada ou causa de vergonha;
- Segredos relativos à morte ou a sua causa (suicídio, questões políticas);
- Grande número de pessoas envolvidas;
- Número insuficiente de cuidadores;
- Falta de suporte;
- Profissionais de socorro e saúde envolvidos no acidente;
- Corpos mutilados e/ou desfigurados;
- Ausência de corpo;

- Dificuldade na condução dos rituais: velório, enterro, missas, outros.

Na pandemia, as condições acima foram agravadas pelo isolamento social (quarentena), que não permitia que os enlutados fossem cuidados, consolados e acolhidos por parentes e amigos, aumentando o risco de luto complicado.

A resistência à mudança e a relutância em abrir mão da pessoa são as bases do luto. De modo geral, a morte violenta, abrupta, repentina e, principalmente, de crianças e jovens, extrapola a condição de compreensão, representando risco para a saúde mental, uma vez que se torna mais difícil abrir mão do ente querido.

Sempre que se perde alguém querido há necessidade de encontrar um sentido para aquela morte, para que ela possa, no mínimo, ser compreendida. Quanto maior a violência, mais difícil se torna essa compreensão.

Desastres e perdas múltiplas são capazes de minar as redes de apoio e aumentar a vulnerabilidade do indivíduo. A exposição à mídia; informações deturpadas e boatos, a devassa à privacidade da pessoa e sua família, a mistura de sentimentos e a falta de tempo para compreender os fatos também podem atrapalhar.

Os eventos que aumentam a sensação de vulnerabilidade e perda da confiança no futuro favorecem o *luto complicado*. Estes geram sentimento de impotência e de incompetência e aumentam a sensação de desamparo. O choque e a descrença dificultam o contato com a nova realidade e podem levar ao “entorpecimento”.

Desastres demandam atenção e cuidados de todas as áreas de conhecimento que levem em conta suas características particulares e, em termos de prevenção e enfrentamento, a comunidade afetada. Tragédias podem provocar sensações, sentimentos e emoções como: impotência, horror, dor, medo, pânico, angústia, ansiedade, contato com a própria morte e de outros e questionamento de valores e crenças.

Trauma

A palavra *trauma*, de origem grega, significa ferida. O trauma pode gerar consequências emocionais e físicas como: amnésia, distúrbios de ansiedade, de sono e/ou de coordenação motora, irritabilidade, alterações no sistema digestivo, baixa resistência à frustração ou apatia, fadiga, pensamento acelerado, dificuldade de atenção

e concentração, depressão, síndrome do pânico entre outros. O trauma é fator relevante para o *luto complicado* (Alves, 2024).

Na experiência traumática a pessoa se confronta com a devastação ambiental, morte, ameaça de morte, ferimentos sérios em si ou no outro, reações intensas de dor, desamparo e horror. A crise compromete a confiança pessoal; gera insegurança e dificulta a busca de soluções. As sequelas psicológicas podem persistir de três a cinco anos ou mais. As consequências psíquicas podem ser maiores em idosos, mulheres, jovens e vítimas com muitos ferimentos.

Algumas pessoas, se não forem devidamente cuidadas, poderão desenvolver problemas em âmbito físico e psíquico, dificultando o retorno à vida normal, o que pode levar à morte prematura, suicídio, distúrbios psiquiátricos, violência, apatia, uso de álcool e drogas. Franco (2015) ressalta que a experiência de trauma requer avaliação cuidadosa para a organização das intervenções necessárias. A experiência traumática surge no confronto com os ferimentos sérios, reações intensas de dor, desamparo, horror, ameaça de morte ou morte.

Finalizando

Durante qualquer situação de pandemia, os atendimentos psicológicos exigem atenção no manejo, distinção sobre reações esperadas e indicadores de risco. Reações de estresse agudo, confusão e raiva são comuns em situações de isolamento e quarentena.

Sintomas persistentes com complicações associadas, como comportamento suicida; comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, depressão maior; psicose; transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) ou comportamento de sofrimento intenso com risco à vida, requerem atenção especializada imediata (Alves, 2021; FIOCRUZ, 2020).

O atendimento por tecnologias apresenta vantagens como suporte psicossocial durante as pandemias, considerando a necessidade de distanciamento social. Porém, exige adequações do profissional que deve seguir o Código de Ética Profissional. É importante que psicólogos se fundamentem na Resolução CFP n. 011/2018, sobre prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologias da informação e da comunicação (CFP, 2018) e na Resolução CFP n. 04/2020 sobre a atuação de forma remota (CFP, 2020). Lembro que o atendimento psicológico por tecnologias em

situações de emergências e desastres é proibido e só foi permitido por meio das Resoluções acima durante o período da pandemia.

A pandemia foi mais um desafio para a área da Psicologia da Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres. Os atendimentos psicológicos após um evento extremo são pontuais e efetivos, com potencial para prevenir o adoecimento mental. Muitos são únicos. Estes atendimentos podem ocorrer como Plantão Psicológico, Aconselhamento Psicológico, Atendimento Psicológico Emergencial; Primeiros Cuidados Psicológicos – PCP ou outro.

É de fundamental importância que os profissionais que atendam situações extremas tenham consciência de sua responsabilidade de saber responder a situações e pessoas, saber dar e pedir apoio e, principalmente, da importância de ser treinado.

A pandemia trouxe medo, angústia, ansiedade, perdas, luto e muita dor, mas também trouxe mudanças e transformações. Quem somos nós após a fase aguda da pandemia? Quem seremos no pós-pandemia? Estaremos preparados para enfrentar a próxima pandemia?

É fundamental reforçar condições de não dependência das populações, promover e organizar planos de contingências que permitam a emancipação, autonomia e autoestima coletiva – elementos-chave no enfrentamento de adversidades (CFP, 2021).

Referências

ALVES, E.G.R. **Como lidar com a morte e o luto: guia prático para familiares, educadores e profissionais de saúde**. São Paulo: Hogrefe, 2024.

ALVES, E. G. R. A intervenção da psicologia em situações de emergências e desastres. In: KREUZ, G.; GRIGOLETO NETTO, J. V. **Múltiplos olhares sobre morte e luto: aspectos teóricos e práticos**. Curitiba: CRV, 2021. p. 227-241.

ALVES, E. G. R. Desastres: intervenções em luto coletivo. In: SANTOS, F. S. (ed.). **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu, 2014. 415-423..

ALVES, E. G. R.; OLIVEIRA, D. R. A psicologia da gestão integral de riscos e desastres. In: GÜNTER, W. M. R.; CICOTTI, L.; RODRIGUES, A. C. **Desastres: múltiplas abordagens e desafios**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017. p. 17-32.

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

BISPO JUNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. O covid-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 37, n. 10, p. 1-14, out. 2021. DOI:

FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid-19:** recomendações para gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-gestores.pdf>. Acesso em: 20 mar 2024.

FRANCO, M. H. P. **O luto no século 21:** uma compreensão abrangente do fenômeno. São Paulo: Summus, 2021.

FRANCO, M. H. P. **Intervenção psicológica em emergências:** fundamentos para a prática. São Paulo: Summus, 2015.

HORTON, R. COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**, London v. 396, n. 10255, p. 874, set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>. Acesso 14 dez. 2024.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte:** temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte:** quebrando paradigmas. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2021.

KREUZ, G. Diante do novo normal. In: KREUZ, G.; GRIGOLETO NETTO, J. V. **Múltiplos olhares sobre morte e luto:** aspectos teóricos e práticos. Curitiba: CRV, 2021. p. 243-251.

OPAS. **Histórico da pandemia covid-19.** [S. l.]: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> Acesso em: 02 mar. 2022.

OPAS. **Primeiros cuidados psicológicos:** guia para trabalhadores em campo. Brasília, DF: OPAS, 2015. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/GUIA_PCP_portugues_WEB.pdf Acesso em 19/08/2022.

PARKES, C. M. **Luto:** estudos sobre a perda na vida adulta. 3. ed. São Paulo: Summus, 1998.

UNISDR. **Terminología sobre reducción del riesgo de desastres.** Genebra: ONU, 2009. Disponível em: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf Acesso em: 12 out. 2022. (Estratégia Internacional para Redução de Riscos e Desastres das Organização das Nações Unidas).

WORDEN, J. W. Theoretical perspectives on loss and grief. In: STILLION, J. M.; ATTIG, T. **Death, dying and bereavement:** contemporary perspectives, institutions and practices. Nova York: Springer, 2015, p. 91-103.

Capítulo 2

PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS: UMA PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR DE CUIDADO

Marilene Proença Rebello de Souza

O cuidado é o caminho histórico-utópico
da síntese possível à nossa finitude
(Leonardo Boff)

Introdução

O tema do cuidado, embora faça parte diária de minha vida e profissão, passou a ter um lugar especial em situações de crise. A última e mais intensa aconteceu em 2019, ao atuar como coordenadora, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, de uma equipe de psicólogos, docentes e estudantes de pós-graduação que constituíram a Equipe de Apoio Psicológico ao Município de Suzano (SP) fruto de um massacre de nove pessoas ocorrido em uma escola estadual do estado de São Paulo, realizado por dois estudantes dela egressos. Nesta ocasião, em virtude da intensa repercussão na vida de todos que foram envolvidos nesta tragédia, pude retomar, com a Equipe, o documento da OPAS/OMS intitulado *Primeiros Cuidados Psicológicos. Guia para trabalhadores de campo* (OPAS, 2015a). A leitura deste documento possibilitou compreender mais profundamente os princípios que regem as possibilidades de exercer atividades de cuidado, bem como de pensar estratégias de cuidado em meio a situações de sofrimento intenso, desorganização da vida e das relações. Além disso, me fez retomar o conceito de cuidado que tem comparecido fortemente nas últimas décadas por meio de diversas discussões em várias áreas do conhecimento, com destaque para as áreas de Enfermagem, Sociologia, Filosofia, Saúde Mental, Psicologia, dentre outras.

Portanto, este capítulo tem por objetivo analisar, a partir de uma concepção interdisciplinar, a importância do cuidado enquanto elemento estruturante da vida em sociedade e sua importância em contextos nos quais as ameaças à vida, à segurança, à sobrevivência são explicitadas e inexoravelmente vividas. Para tanto, apresenta a dimensão ética do cuidado enquanto princípio fundamental da existência humana e das práticas em sociedade, valorizando as ações e estratégias que se valem dessa dimensão humana. Destaca, para tanto o Guia sobre os Primeiros Cuidados Psicossociais que possibilita considerar um importante instrumento de intervenção psicossocial em contextos de crises, emergências e desastres.

No campo da Filosofia, um dos pensadores que se dedica ao tema do cuidado é o teólogo brasileiro Leonardo Boff. Em seu livro "Saber Cuidar: ética do humano e compaixão pela terra" (Boff, 2014) e "O Cuidado Necessário" (Boff, 2012, p. 31), considera que a ótica do cuidado funda o que denomina "uma nova ética, compreensível a todos e capaz de inspirar valores e atitudes fundamentais para a fase planetária da humanidade". Apresenta o cuidado enquanto "uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro" (Boff, 2014, p. 37), ou seja, o cuidado é um ato que envolve um conjunto de valores éticos, políticos e sociais.

O pensamento de Boff nos chama a atenção para a ausência de cuidados como um sintoma de uma crise civilizacional na qual há um descuido, um descaso com as crianças, com os pobres e marginalizados, com os povos indígenas, os desempregados e aposentados, com os sonhos de generosidade, com a sociabilidade nas cidades, com o espírito de gentileza, com tudo que é do público, com a vida, com o planeta Terra. Ele nos chama a atenção para uma pergunta fundamental: "a serviço de que projeto de ser humano, de sociedade e de mundo utilizamos o poder da ciência e da técnica?" (Boff, 2014, p. 24).

Seu pensamento e questionamentos têm influenciado várias profissões em que o tema do cuidado se instaura como central, com destaque para a Enfermagem e a Psicologia. No caso da enfermagem, Silva *et al.* (2005, p.1) destacam a importância da discussão do cuidado em Boff, por permitir uma "fundamentação ontológica e epistemológica do cuidado em Enfermagem", ou seja, como o cuidado nos constitui enquanto seres humanos e que conhecimento construímos a partir do cuidado, do ponto

de vista científico e dos saberes profissionais. Destaca que o pensamento de Boff instaura um novo paradigma que "envolve um resgate da essência do ser humano com um modo-de-ser-com-o-mundo que perpassa pelo cuidado" (Boff, falta o ano, p. 1) .

No que tange à Psicologia, encontra-se na tese intitulada *Ética do Cuidado: das instituições de cuidado e pseudo cuidado*, de Braunstein (2021) a discussão que nos chama a atenção para a necessidade de compreender a dimensão institucional do processo de cuidado. Propõe, a partir de C. Gilligan (1982) o conceito de "Ética do Cuidado" e de "Conexão Humana" enquanto dimensões importantes para a Psicologia na relação com construção de uma sociedade inclusiva e que respeite a diversidade, as diferenças e a pluralidade. Assim analisa Braunstein (2021, p. 43-44).

os conceitos de cuidado e conexão humana, talvez se configurem para a psicologia como importantes elementos para a compreensão das práticas institucionais vigentes em nossa sociedade, da formação de recursos humanos que trabalham nestas áreas e também da pesquisa e da legislação que normatiza as políticas públicas de assistência, bem como no campo da psicologia social comunitária, no sentido de buscar contribuir para a transformação social em prol de uma sociedade potencialmente ética, e inclusiva, voltada ao respeito à diversidade, às diferenças, à pluralidade e democracia.

Nada mais atual para analisar questões existenciais que vivemos em um contexto social no qual retiramos de nosso planeta, de forma desenfreada e injusta, suas riquezas, considerando que não há uma finitude material e causando um desequilíbrio que tem gerado crises as mais variadas.

As Conferências Internacionais sobre o Clima no Planeta não têm conseguido sensibilizar as nações que mais produzem poluentes no mundo a reduzir tais emissões, rever seus projetos de inserção industrial e de acesso aos bens primários. No caso da COP de 2023, houve um primeiro acordo, o de criação de um Fundo para indenizar as nações que mais sofrem as consequências de tais danos¹. A saturação desse modelo econômico e suas consequências são objeto de vários estudos e discussões de cientistas em todo o mundo. E é neste contexto de super exploração planetária que se instala a

¹ A 28a. Conferência das Nações Unidas sobre Mudanças Climáticas de 2023 (UNFCCC COP 28), aconteceu em 2023, no Egito e aprovou um Fundo para os países mais afetados pelas mudanças climáticas, mas não houve acordo sobre medidas efetivas para combater as emissões geradas pelos combustíveis fósseis.

Pandemia de Covid-19 por meio da ação do vírus SARS- CoV 2 que, por sua rapidez de contágio e letalidade, produziu milhões de pessoas contaminadas, mortos, pessoas com sequelas físicas e, principalmente, psicológicas.

A Pandemia de COVID-19 - uma crise sanitária e planetária

A Pandemia de COVID-19 foi oficialmente anunciada pela Organização Mundial de Saúde no dia 11 de março de 2020, sob a presença de um vírus denominado de SARS-CoV-2 cuja rápida e incontrolada disseminação em um grande número de países no mundo bem como seu alto grau de letalidade, principalmente entre a população de 60 anos ou mais, impunha medidas restritivas nunca vividas, pelo menos nos últimos 100 anos: afastamento social, interrupção das atividades presenciais de qualquer espécie em todo o mundo, incluindo o fechamento das escolas, universidades, fábricas, escritórios, com exceção da realização dos serviços essenciais e de atendimento aos portadores do vírus. O mundo mergulhava em uma crise sem precedentes que afetou a cada um de nós e as relações econômicas e sociais.

No contexto da Pandemia de COVID-19 retoma-se a situação de crise: uma crise planetária, de grandes proporções, em que grande parte da população dos países está envolvida, causando perdas irreparáveis tanto do ponto de vista humano, com mortes em todas as faixas etárias, principalmente dos idosos, e constituindo um grande contingente de bolsões de miséria, retrocesso escolar, diminuição das condições de vida e inúmeras consequências para a saúde mental de milhares de pessoas que se viram diretamente afetadas pelas consequências da Pandemia. A esse processo de relação entre as questões de saúde e sociais, autores denominam de "sindemia" (Bispo Junior; Santos, 2021).

Baseados no conceito de Horton (2020), os autores Bispo Jr. e Santos explicam que

Sindemias são caracterizadas pela interação entre duas ou mais doenças de natureza epidêmica com efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações. Ainda de acordo com a teoria, os contextos social, econômico e ambiental, que determinam as condições de vida das populações, potencializam a interação entre as doenças coexistentes e a carga excessiva das consequências resultantes. Assim, as doenças se agrupam desproporcionalmente afetadas pela pobreza,

exclusão social, estigmatização, violência estrutural, problemas ambientais, dentre outros. Um aspecto notável da teoria são as previsões sobre como as interações entre as epidemias amplificam a carga de doenças e sobre como as autoridades de saúde pública podem intervir efetivamente para mitigar esses efeitos. Frente a um quadro sindêmico, deve-se não apenas prevenir ou controlar cada doença isoladamente, mas sobretudo as forças que unem e determinam essas doenças (Bispo Jr.; Santos, 2021, e00119021).

Além do complexo sinergismo entre a COVID-19 e as outras doenças, o modelo analítico ratifica a compreensão de que a disseminação e a gravidade dos casos são fortemente influenciadas pelos contextos sociais, econômicos e ambientais. Iniquidades sociais e condições precárias de vida atuam em diversos níveis e potencializam tanto a atuação da COVID-19 quanto das demais pandemias. Importante também ressaltar que esta não é uma característica de mão única. A doença pode também gerar efeitos degradantes sobre os determinantes sociais e exacerbar as iniquidades sociais. Neste sentido, as condições sociais e econômicas são também agravadas como consequência da pandemia (Bispo Jr.; Santos, 2021, e00119021).

Portanto, considerando o conceito de sindemia, é importante ressaltar que a questão social é fundamental para as condições objetivas e subjetivas que compõem o quadro geral produzido por uma crise sanitária de enormes proporções, desencadeada pela Pandemia de COVID-19.

Quando analisamos alguns dados a respeito da Pandemia, sabemos que suas consequências mais ou menos profundas foram expressões de decisões políticas, sociais e econômicas impostas por seus governantes.

No caso brasileiro, por exemplo, o aprofundamento da ampliação do contágio do vírus da COVID-19 foi uma decisão do Governo, realizando uma série de medidas que dificultaram o controle do vírus, retardaram a aquisição e o acesso imediato às vacinas comercializadas na ocasião, impediram a organização de um Comitê Nacional de Crise para gerenciar a crise sanitária que envolveu toda a população, iniciando pelas pessoas mais idosas, ausência de campanhas de orientação e de dados nacionais sobre o avanço da Pandemia.

Segundo estudos do CONECTAS - Direitos Humanos e Faculdade de Saúde Pública da USP (2021), a análise dos atos e resoluções do Governo Federal do Brasil explicitam claramente o conjunto de medidas que dificultaram o controle da Pandemia, de forma deliberada. Ou seja, um conjunto de medidas governamentais que compôs o

quadro denominado de "negacionismo", e que acelerou, sobremaneira, o número de mortes com todas as consequências que cada uma das vidas ceifadas representa para a família, para os que dela dependem, para o mundo do trabalho e para a sociedade. O Brasil chegou à casa de aproximadamente 700 mil mortos pela COVID-19 de fevereiro de 2020 a janeiro de 2023 (Brasil, 2023)². Além disso, ampliou um contingente enorme de pessoas que foram contaminadas, sobreviveram ao vírus e apresentaram uma série de doenças advindas das consequências do vírus. A dedicação exclusiva aos casos de COVID-19, em virtude do grande número e de sua complexidade, impediu que durante muitos meses qualquer pessoa com comorbidades ou com tratamentos prolongados não pudesse receber o acompanhamento médico necessário, agravando muitos casos. Soma-se a esta dura realidade, o fato de que com a morte de pais, mães, avós, muitas crianças ficaram órfãs. Segundo estudo da Fundação Oswaldo Cruz, realizado por Szwarcwald *et al.* (2022) estimam-se em 40 mil crianças órfãs no Brasil em função da Pandemia de COVID-19.

Outro aspecto importante a ser considerado impactado pela Pandemia de COVID-19 foi o processo de escolarização de crianças, adolescentes, jovens e adultos. A precária condição educacional no país agravou-se sobremaneira durante o fechamento das escolas e a inserção das aulas remotas, utilizando tecnologias de informação e comunicação. Como analisa Souza (2022, p. 43-44),

De maneira geral, identificamos os seguintes impactos da Pandemia na escolarização da rede básica de ensino no país: a) fechamento imediato das escolas; b) introdução de tecnologias de informação e comunicação como única alternativa de ensino; c) inserção da sala de aula em casa; d) incerteza quanto ao tempo de duração das medidas de restrição; e) tentativas de minimizar as desigualdades com estudantes mais vulneráveis; f) dificuldades vividas pelas famílias com trabalho em casa e perdas de pessoas e familiares com as mortes em grande escala; g) impossibilidade de viabilizar programas e propostas curriculares principalmente para as séries iniciais e de educação infantil; h) aumento de casos de violência doméstica; i) dificuldade de comunicação com estudantes, pais ou responsáveis.

Essa situação foi ainda mais grave quando se considera o recorte de gênero, raça e classe social. Segundo dados do Conselho Nacional de Juventude (2022), cuja

² Segundo dados do Ministério da Saúde, na data de hoje, 30 de janeiro de 2023, o Brasil registrou 696.892 óbitos oficialmente pela COVID-19.

pesquisa foi realizada com aproximadamente 100 mil jovens em todo o país, no período de 2020 a 2022, em 2022, mais da metade dos jovens percebem que ficaram para trás no aprendizado e 36% chegaram a pensar em parar de estudar.

As condições de vida impactam diretamente na qualidade do dia a dia daqueles que estão mais diretamente expostos às difíceis situações aprofundadas pela pandemia. Esse contexto tão adverso tem provocado um aumento do número de casos de ansiedade, insônia, luto, desestruturação das condições de trabalhos e familiares, dificuldades escolares, suicídio, violência intra-familiar, aumento na utilização de drogas psicoativas, dentre outros aspectos. Pode-se dizer que se articulam, neste contexto, duas dimensões - amplamente presentes na vida de cada um de nós: *dimensões objetivas*, constitutivas da realidade social, presentes nas contradições e nas dificuldades e enfrentamentos postos pelas necessidades sociais, econômicas, políticas, culturais, educacionais e relacionais; e as *dimensões subjetivas*, expressas pelas formas como cada um de nós se apropria dessas condições, as modifica e interpreta, articula com suas experiências e vivências, com os apoios e possibilidades que estão postos em sua relação com o mundo, com a vida e consigo mesmo.

No contexto da Pandemia, a Organização Panamericana de Saúde nos chamou a atenção para a drástica redução que houve dos atendimentos em saúde mental. O isolamento social e a necessidade do trabalho dos profissionais de saúde centrado no atendimento às pessoas com COVID-19, no primeiro ano da Pandemia, imobilizou inúmeros serviços de apoio psicossocial. Esse alerta da OPAS/OMS fez com que os profissionais da área da Psicologia e de Saúde Pública, as Universidades e de diversos órgãos em todo o país iniciaram um conjunto de propostas emergenciais de atendimento psicológico e de apoio psicossocial, visando criar condições mínimas de cuidado às pessoas que passavam por inúmeras adversidades. Em artigo publicado (Tausch *et al.*, 2021), na Revista The Lancet - Regional Health Americas, pesquisadores da OPAS analisam a grave situação do atendimento em saúde mental nas Américas, apresentando vários dados na direção de que as políticas públicas de saúde mental sejam priorizadas pelos governos, por meio de financiamentos específicos, e que o modelo de atendimento seja cada vez mais baseado em ações descentralizadas de cuidados comunitários e por meio de serviços de apoio psicossocial para todos, principalmente com vistas a alcançar populações marginalizadas ou que sejam mais vulneráveis.

Tendo esse contexto que nos faz pensar na gravidade da situação que a Pandemia nos apresenta, e instiga-nos a perguntar: como enfrentar essa realidade tão complexa? Como compreender as condições em que se encontram milhões de pessoas que vivem as consequências da situação de Pandemia? O que oferecer como estratégia de cuidado? Com que profissionais poderemos contar para a realização dessa difícil e necessária tarefa?

Os Primeiros Cuidados Psicológicos enquanto Estratégia de Intervenção Interdisciplinar em Crises, Emergências e Desastres

Nesse trágico contexto mundial, um instrumento importante é ressaltado: os Primeiros Cuidados Psicológicos enquanto estratégia de intervenção Interdisciplinar em Crises, Emergências e Desastres. Este importante instrumento de ação foi utilizado por agentes de saúde e de apoio social no Brasil, com destaque para a atuação diretamente com aqueles que mais sofreram os impactos das consequências de devastação provocada pela Pandemia de Covid-19. A Pandemia passou a ser considerada pelos especialistas como uma emergência e um desastre sanitário de graves proporções e que, até o momento em que escrevemos este livro, ela não havia ainda sido suspensa pela Organização Mundial de Saúde, embora não mais estivesse no patamar de emergência de saúde pública, a partir de 05 de maio de 2023.

A proposição dos Primeiros Cuidados Psicológicos foi realizada pela Organização Mundial de Saúde, por meio da OPAS - Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2015b, p. 1), que assim o define

Este guia aborda os primeiros socorros psicológicos, que envolvem ajuda humana, solidária e prática a outros seres humanos que sofrem sérios eventos de crise. Foi escrito para pessoas em posição de ajudar outras pessoas que sofreram um evento extremamente angustiante. Ele fornece uma estrutura para apoiar as pessoas de maneiras que respeitem sua dignidade, cultura e habilidades.

Endossado por muitas agências internacionais, o guia reflete a ciência emergente e o consenso internacional sobre como apoiar as pessoas logo após eventos extremamente estressantes.

Trata-se, portanto, de um Guia escrito em várias línguas, incluindo o português, composto por cinco capítulos e uma síntese geral das principais ações a serem realizadas. Parte da concepção de que, mesmo em situações de grande vulnerabilidade, as pessoas têm forças e habilidades para lidar com os desafios da vida. Considera-se, entretanto, que algumas pessoas são particularmente vulneráveis em situações de crise e podem precisar de mais ajuda, incluindo pessoas que podem estar em risco ou que precisem de apoio adicional em virtude de sua idade (crianças e idosos), em razão de problemas físicos ou mentais, ou porque pertencem a grupos que podem ser marginalizados ou alvo de violência.

Os profissionais que atuam no campo de situações de crises, emergências e desastres consideram que o modo como as pessoas reagem depende de muitos fatores, podendo ser destacados os seguintes aspectos: a natureza e severidade do(s) evento(s) ao(s) qual(ais) foi/foram exposta(s) em função de vivência anterior de situações de crise; o apoio que puderam receber de outras pessoas durante a vida; o estado de saúde física; o histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental; as questões culturais e as tradições pessoais; e a idade, considerando que crianças, por exemplo, em diferentes faixas etárias reagem de modo distinto, que idosos e pessoas com maior vulnerabilidade encontram-se mais fragilizadas.

Portanto, diante dessas condições, as intervenções em Primeiros Cuidados Psicológicos deverão centrar-se em oferecer apoio e cuidado práticos não invasivos; criar situações em que seja possível avaliar necessidades e preocupações; partir do apoio para suprir as necessidades básicas das pessoas, como alimentação, água e informação; escutar as pessoas, sem pressioná-las a falar; confortar as pessoas e ajudá-las a se sentirem calmas; ajudar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais e proteger as pessoas de danos adicionais.

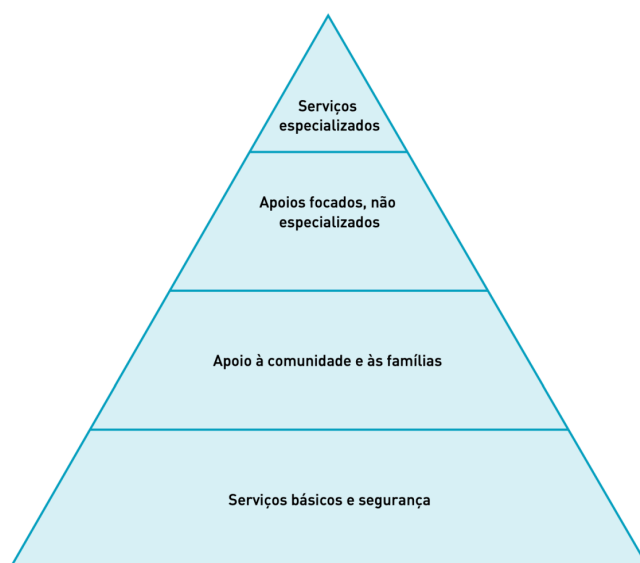
Dentre as situações vivenciadas em contextos de crises, emergências e desastres, caberá aos profissionais avaliarem as condições de pessoas que necessitam não apenas de um apoio psicossocial, mas sim que necessitem de um apoio especializado imediato em função de lesões sérias, que corram risco de morte, as quais necessitem de cuidados médicos de emergência; pessoas que estejam tão abaladas a ponto de não conseguirem

cuidar de si ou dos próprios filhos; ou ainda pessoas que podem ferir a si mesmas ou a outras pessoas.

O processo de ajuda é considerado pelo Guia como um trabalho que deve envolver o respeito à segurança, à dignidade e aos direitos da pessoa em situações de crise, emergências ou desastres, de forma que as ações devem ser adaptadas, levando em conta a cultura das pessoas atendidas, bem como destaca a importância do autocuidado. Os princípios da ação devem ser: observar, escutar e aproximar-se oferecendo o apoio social.

O Guia segue como orientação de apoio a "Pirâmide de intervenções para os serviços de saúde mental e apoio psicossocial em emergências" (IASC, 2007), assim representada e que tem como princípios fundamentais o apoio às necessidades básicas e de segurança para proteção da vida, seguido de fortalecimento de apoios comunitários e familiares, com ativação das redes sociais e espaços que ofereçam apoios tradicionais; apoios específicos, pessoa para pessoa, em nível não especializado e que tenha uma intervenção prática e básica, seguida de apoio especializado, com participação de profissionais da área de saúde/saúde mental.

Figura 1 - Pirâmide IASC de intervenções para os serviços de saúde mental e apoio psicossocial em emergências



Fonte: IASC (2007, p. 12).

Importante sempre considerar que as pessoas que passam por situações de crises, emergências e desastres têm suas vidas profundamente alteradas e nesse sentido, contando com o apoio psicossocial podem ressignificar valores e objetivos de vida, tendo condições para se recuperar do trauma vivido, podendo tornar-se mais fortes, sensíveis e engajar-se em alguma causa que venha a contribuir para superar o sofrimento vivido.

Enquanto estratégia de intervenção é fundamental ponderar que a situação é de fragilidade, havendo a necessidade de acolhimento, paciência e atenção; que encontraremos pessoas desorganizadas, sem controle da situação; pessoas assustadas ou até paralisadas diante dos fatos. Uma das estratégias importante para o enfrentamento da situação é a de acolher o sofrimento e não desviar o assunto como se o sofrimento fosse passar rapidamente.

As situações vividas no período da Pandemia de Covid-19 nos fazem pensar o quanto não temos controle sobre as situações da vida, e apresenta evidências da necessidade de reconfiguração de nossas necessidades e anseios na perspectiva de um projeto político de sociedade que viabilize a melhoria da qualidade de vida, em uma perspectiva planetária. Retomando Leonardo Boff (2014) em "Saber Cuidar: ética do humano e compaixão pela terra", o cuidado é com o planeta, com todas as formas de vida, para que as nossas vidas estejam cada vez menos ameaçadas diante de um desenfreado desequilíbrio ambiental e o cuidado precisa existir entre nós, ameaçados cada vez mais pela exaltação da violência. Para tanto, Boff cria o conceito de convivialidade, assim explicado:

A convivialidade visa combinar o valor técnico da produção material com o valor ético da produção social e espiritual. Depois de termos elaborado a economia dos bens materiais, importa desenvolver, urgentemente, a economia das qualidades humanas. O grande capital, infinito e inesgotável, não é porventura o ser humano? (Boff, 2014, p. 145).

Finalizo este capítulo destacando a importância do cuidado, dos primeiros cuidados, dos cuidados psicológicos, da possibilidade de humanização que vemos em atos, estratégias, ações que produzem a possibilidade da vida, no enfrentamento da dor, do sofrimento por meio de lutas, de trabalho coletivo, de construção de redes de apoio, de sustentação e de superação de perdas, de contextos de violência e de desesperança.

Os grandes pensadores de nossos tempos tem nos trazido a importância da utopia, da esperança, como dizia Freire, do "verbo esperar", em que a ação de cada um, cada uma de nós é fundamental para a transformação da realidade social. Temos muito o que fazer para que tal finalidade seja materializada. A possibilidade de nos reconhecermos neste percurso é fundamental.

Referências

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00119021, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LVBpYxSZ7XbdXKm74TPPmzR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 31 ago. 2025.

BOFF, L. **Saber cuidar**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BOFF, L. **O cuidado necessário**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 jan. 2023.

BRAUNSTEIN, H. R. **Ética do Cuidado**: perspectivas críticas e antimédicalizantes na saúde, na educação e na assistência. 1. ed. Curitiba: CRV Ed, 2021, 173p .

CONECTAS DIREITOS HUMANOS E FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP. **Direitos na pandemia**: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil. São Paulo: FSP, 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023. (Boletim, n. 10).

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE. **Juventudes e a pandemia. E agora?**, 3. ed. [S. l.: s.n.], 2022. Disponível em: <https://atlasdasjuventudes.com.br/juventudes-e-a-pandemia-do-coronavirus/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**, n.396, p. 396:874, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-67362032000-6/fulltext>. Acesso em: 26 ago. 2025

IASC. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

OPAS. **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília,

DF: OPAS, 2015a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/44399>. Acesso 20 jan. 2025.

OPAS. **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015b. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=prevencao-e-cont-doencas-e-desenv-sustentavel-071&alias=1517-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-campo-7&Itemid=965. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVA, L. W. S. *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 4, p. 471-475, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LL8jXjvRjg8Gm5gyrHtGnNM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 dez. 2022.

SOUZA, M. P. R. Psicologia Escolar, políticas educacionais e os impactos da pandemia de Covid-19: reflexões a partir do enfoque histórico-cultural. **Obutchénie - Revista de Didática e Psicologia Pedagógica**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 40–53, 2022. DOI: 10.14393/OBv6n1.a2022-64383. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/Obutchenie/article/view/64383>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* COVID-19 mortality in Brazil, 2020-21: consequences of the pandemic inadequate management. **Archives of Public Health**, Bruxelas, v. 80, n. 255, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-01012-z>. Disponível em: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-022-01012-z>. Acesso em: 31 jan. 2023.

TAUSCH, A. *et al.* Fortalecendo as respostas de saúde mental ao COVID-19 nas Américas: uma análise e recomendações de políticas de saúde. **The Lancet Regional Saúde - Américas**, v. 5, p. 1-10, jan 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001149?via%3Dihub>. Acesso em: 31 jan. 2023.

Capítulo 3

QUESTÕES ÉTICAS DOS PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS

Laura Marisa Carnielo Calejon

Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) constitui-se em uma estratégia de intervenção e de cuidados que resulta da experiência de um grupo de psicólogos, atuando em situações de emergência e desastres. O programa Autoestima proposto pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, em parceria com o Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo resulta do aumento de queixas relacionadas à saúde mental, em decorrência do agravamento e diversidade do sofrimento produzido pela pandemia. Assim o programa proposto constitui-se em um espaço de escuta e cuidados para o cidadão e para os profissionais do Serviço Único de Saúde (SUS) engajados nesta área, com objetivo de oferecer acolhimento e assistência qualificada aos múltiplos impactos da pandemia. Com a criação do SUS (1988), um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, fica assegurado o acesso integral e gratuito a toda a população, reafirmando o direito à saúde. A rede de Atenção Psicossocial busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, sendo organizada por serviços e equipamentos variados.

Neste contexto, brevemente apresentado, constitui-se o curso de Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), em uma perspectiva interdisciplinar, ofertado aos profissionais de diferentes formações que atuam no Sistema Único de Saúde. Os desafios encontrados em situações de emergências e desastres, as lutas desde a Reforma psiquiátrica pela compreensão do sofrimento, superando modelos excludentes, com agravamento dos quadros apresentados, as diferentes teorias elaboradas pela Psicologia, no decorrer do século XX, sobre o desenvolvimento humano, a saúde e a doença, a relação entre a diferentes concepções de saúde mental permitem compreender os Primeiros Cuidados Psicológicos como uma resposta humanizada para sujeitos em

situação de sofrimento, destinando-se a pessoas muito abaladas, recentemente expostas a situações de crise, como demonstrado pelo Guia de primeiros cuidados psicológicos para os trabalhadores de campo. A pandemia enquanto situação de emergência e de desastre, assim como a perspectiva interdisciplinar desta estratégia estão demonstradas no primeiro e segundo capítulos deste livro

Neste capítulo objetivamos tratar das questões éticas relacionadas com a ajuda oferecida pelos diversos profissionais que atendem a pessoas que procuram ajuda pela plataforma mencionada e atuam nos diferentes serviços e espaços de atenção instituídos pelo Serviço Único de Saúde. A diversidade de profissionais que atuam nos espaços de atenção constituídos pelo SUS e que se inscrevem no curso de Primeiros Cuidados Psicológicos conforma um espaço interdisciplinar que requer o diálogo entre os diferentes especialistas que se dispõem a oferecer ajuda, adotando a lógica dos Primeiros Cuidados Psicológicos.

Boaventura Souza Santos (Santos, 2021) ao descrever as *Duras Lições da Pandemia* demonstra que ela não mata indiscriminadamente. Os grupos mais afetados são aqueles que padecem de vulnerabilidade social que se agrava com a pandemia, tais como os idosos, as mulheres, os trabalhadores informais ditos autônomos, populações vivendo nas regiões periféricas das grandes cidades. Horton (2020)³ *apud* Bispo Junior e Santos (2021) chama nossa atenção ao afirmar que a Covid 19 não é uma pandemia, é uma sindemia. Sindemia denomina um contexto de interações entre duas ou mais doenças epidêmicas, com efeitos ampliados sobre a saúde da população. Assim, de acordo com essa teoria os contextos social, econômico e ambiental, determinantes das condições de vida das populações, potencializam a interação entre doenças existentes e as dificuldades resultantes da epidemia em questão. Para Singer e Clair (2003) sindemia caracteriza um conjunto de problemas de saúde intimamente interligados e que aumentam mutuamente, afetando o estado de saúde de uma população no contexto de condições sociais adversas. Assim, ocorrendo a partir da interação entre doenças e condições de saúde, na sindemia os impactos tem maior probabilidade de ocorrência em situações de desigualdade social, causada pela pobreza, estigmatização, estresse ou violência estrutural. Bispo Junior e Santos (2021) destacam que a interação sindêmica

³ HORTON, R. Offline: Covid 19 is not a pandemic. *Lancet*, London v. 396, n. 10255, p. 874, set. 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>. Acesso 14 dez. 2024.

faz aumentar consideravelmente problemas de ansiedade, depressão, suicídios, comportamentos prejudiciais como automutilação e violência doméstica. Segundo os autores mencionados os principais fatores de risco identificados para os sintomas de ansiedade e depressão relacionavam-se com populações mais jovens, com idade inferior a 40 anos, gênero feminino, com baixo nível educacional, desempregados ou com baixa renda, solidão e histórico de problemas mentais.

Nesse contexto, dados os desafios vividos pela população brasileira, o atendimento psicossocial configura-se como uma resposta necessária para atender uma constelação de necessidades sociais, emocionais e de saúde mental, organizando uma estratégia de cuidado que possa atender essas necessidades e auxiliar o sujeito a compreender os desafios que vive, de modo a ampliar sua possibilidade de avaliar, estimar os próprios recursos e buscar outros que possam contribuir no enfrentamento destes desafios. A autoestima adequada, ou seja, a capacidade de cada sujeito para avaliar adequadamente os recursos que dispõe para lidar com os desafios que a vida oferece depende das circunstâncias e das oportunidades que o contexto social lhe oferece. Por outro lado, a organização do Programa Autoestima cria a possibilidade de ampliar o conhecimento do impacto e dos danos causados pela Covid 19 na população, oferecendo às políticas públicas a oportunidade de revisão dos serviços prestados.

O atendimento psicossocial configura-se como campo interdisciplinar que deve ser necessariamente marcado pelo diálogo entre os diferentes profissionais, de modo a permitir compreender as múltiplas determinações de uma situação ou do sofrimento. Gomes e Deslandes (1994) defendem a interdisciplinaridade como uma necessidade intrínseca no campo da saúde pública, considerada como um campo em construção, decorrente da complexidade do seu objeto e como proposta de resgate da medida do humano na racionalidade técnico científica.

Ramminger, pesquisando a saúde dos profissionais que atuam no campo da saúde mental, defende a ética do cuidado de si, como condição para cuidar do outro, ampliando nossa reflexão sobre as relações entre trabalho e saúde mental, quando sinaliza que o trabalho em saúde mental se constrói hoje em meio a discursos que refletem o embate interno no campo designado como saúde mental. É um espaço tenso por estar habitado por diferentes formações discursivas que envolvem desde o cuidado como forma de caridade, resultante do discurso religioso, passando pela afirmação de que é a ciência que pode falar da loucura, instituída pelo discurso da ciência, até o

entendimento de que não basta apenas o conhecimento técnico -científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de um modo de se relacionar com a loucura, resultante da Reforma Psiquiátrica e da Luta antimanicomial. A pesquisadora sinaliza o aumento da síndrome de Burnout encontrada em trabalhadores da educação, da saúde e da segurança.

A pesquisadora ainda sinaliza que o cuidado de si para os gregos não se limitava a uma postura hedonista ou individualista. Relacionava-se, ao contrário, com a polis, ganhando sentido apenas no coletivo. Nesta perspectiva, a dimensão ética está posta na relação que o sujeito estabelece consigo mesmo, possibilitando efetuar uma transformação sobre si mesmo, de modo a organizar formas mais criativas e produtivas de ser e viver.

Lima, Liberato e Dionísio (2019) defendem a empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental, configurando-se como agir ético neste contexto. Amarante (1996) considera que o modelo de atenção psicossocial preconiza a ênfase na ética ao organizar o cuidado para pessoas em situação de sofrimento psíquico, como resultante do esforço de superar o antigo modelo manicomial, marcado pelo desrespeito e afronta à dignidade humana. Toma-se, portanto, como conceito de ética a responsabilidade inalienável com o outro que me intima e a acolhida da alteridade. Assim, tomar o conceito de compreensão empática no cuidado à saúde mental, como atitude ética, implica em vislumbrar modos de subjetividade orientados pela abertura ao diverso, ao mesmo tempo ao singular de cada um. Freire (2003) e Andrade e Morato (2004) ampliam nossa percepção da relação entre a empatia, alteridade e ética, ao considerar o homem ético como aquele que se permite afetar pelo estranho, por aquilo que não é da ordem do representacional ou não corresponde aos seus códigos familiares e, acolhendo a diferença emergente oportuniza um processo transformador e instituinte de novos modos de estar no mundo. O estranho pode estar na experiência e nas condições que produzem o sofrimento daquele que procura ajuda, mas pode estar também naquilo que se constitui como o desconhecido, em si, por quem se dispõe a atender e ajudar. Estas possibilidades estão analisadas e melhor compreendidas tanto pela contribuição da Psicologia Centrada no Cliente, sistematizada por Rogers, como em conceitos elaborados por Freud, ao sistematizar a Psicanálise.

Carl Rogers (1902-1987), psicólogo estadunidense, representa a chamada Terceira Força no campo da psicologia e das relações de ajuda ou a chamada Psicologia

Humanista. O começo do século XX, no campo da Psicologia, foi marcado pelo esforço de se constituir como ciência. Duas grandes direções foram observadas neste período: o movimento behaviorista liderado por Watson (1878-1958) nas primeiras décadas do século XX e o movimento psicanalítico liderado por Freud (1856-1939) no final do século XIX, no campo da neurologia e da psiquiatria. Ainda que Freud não tivesse, como tinha Watson, a intencionalidade de fazer da Psicologia uma ciência, sua construção teórica, em suas variantes foi assimilada pelos psicólogos. Uma vez localizados os teóricos, no contexto da terapia e das relações de ajuda nos interessa analisar as contribuições da Psicologia para organizar relações de ajuda, de modo a ampliar a compreensão das possibilidades oferecidas pelos primeiros cuidados psicológicos.

Nesta perspectiva cabe retomar os conceitos de saúde e saúde mental definidos mais recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que não se limita a considerar a saúde no contraponto da doença ou de um estado completo de bem-estar físico, social e mental. Saúde mental é considerada, pela própria OMS, como um estado de bem estar em que o sujeito é capaz de usar seus recursos e habilidades para superar o estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a comunidade em que vive. Em tempos de sindemia, como apontado no início deste capítulo, este estado de bem estar mostra-se alterado pelas diferentes circunstâncias que caracterizam o contexto sindêmico. Considerando atenção psicossocial como acolhimento a pessoas que se encontram em crise e/ou sofrimento, buscando atendimento e apoio para minimizar a dor, entendemos a importância de retomar o conceito de crise e do potencial transformador que as mesmas podem conter. Buscamos ainda, no desenvolvimento da própria Psicologia, conceitos que nos ajudam a compreender as possibilidades de ajuda oferecidas pelos PCPs. Moreira (2010) sinaliza que a Abordagem Centrada na Pessoa é considerada pelo próprio Rogers, em 1983, como a denominação mais adequada de sua teoria, resultando, segundo a autora, dos diferentes interesses que Rogers foi assumindo como foco do seu trabalho, ao longo da vida. Como ponto de partida do trabalho do psicólogo em questão, Moreira (2010) identifica o conceito de tendência atualizante definida como uma tendência inerente, presente em todos os seres humanos, para se desenvolver em uma direção positiva. A sistematização de atitudes facilitadoras do crescimento do cliente (empatia, aceitação positiva incondicional, congruência), na análise da autora citada, ocorre entre 1950-1957 na fase de trabalho considerada como

reflexiva, sendo muito usado, nesta etapa, o reflexo de sentimentos. Assim, por meio da empatia ou compreensão empática o terapeuta busca compreender e perceber o mundo do cliente, desde a perspectiva do próprio sujeito. A aceitação incondicional relaciona-se com o respeito a individualidade do sujeito que pede ajuda. A congruência relaciona-se com a coerência nos diferentes modos de expressão daquele que se propõe ajudar. A compreensão empática decorre da possibilidade de experienciar o esquema de referência interno do cliente, desde a perspectiva do próprio sujeito, esforçando-se para comunicar esta experiência ao sujeito. Moreira (2010) situa a fase experiencial de Rogers entre 1957 e 1970, iniciada com o livro *Tornar-se Pessoa*, publicado, no Brasil, em 1970. Nesta fase o objetivo do processo de ajuda está em propiciar ao sujeito o uso pleno de sua experiência no sentido de ampliar a congruência do self e maior amplitude do desenvolvimento relacional.

Encontramos, no campo da Psicologia, diferentes tentativas de explicar o sujeito humano e conseqüentemente sua saúde física e mental. A concepção de homem para Rogers diverge da concepção de homem para Freud, por exemplo. Assim como o pensamento de Rogers foi se modificando ao longo do século XX, as proposições da Psicanálise também se ajustaram às circunstâncias e desafios da sociedade. Wolberg (1979) destaca a grande quantidade de pessoas que precisavam de ajuda, em função de distúrbios emocionais e mentais e a escassez de profissionais que poderiam oferecer essa ajuda. Small (1972) e Braier (1980) referem-se a ideias de Freud, contidas no discurso de 1919, sobre os caminhos da terapia psicanalítica, por ele proposta. Neste discurso evidenciava-se a preocupação com a ameaça que a neurose representava para a saúde mental das pessoas e a necessidade de desenvolver novas formas de atenção para esta demanda, quando a consciência da sociedade sobre o direito das pessoas à saúde mental fosse despertada. Nesta perspectiva, a partir da década de 1960, surgem propostas de intervenção terapêutica orientadas, por uma lógica diferente daquela que levou Freud a sistematizar a técnica psicanalítica, por menor duração no tempo e por uma dimensão preventiva designadas como *psicoterapia breve*. A dimensão preventiva da psicoterapia breve é discutida por Small (1972), a partir principalmente do trabalho de Lindermann que observa, em 1944, a importância de atender tensões e experiências traumáticas, sinalizando o potencial psicogênico do desamparo, da interrupção súbita de relações sociais e outras circunstâncias vitais. As intervenções breves, propostas por

estes autores, não se limita às variáveis intrapsíquicas do sujeito, considerando o mesmo como um ser inserido em uma rede social.

Caplan (1975), Sifneos (1977) e Simon (1989) enfatizam o potencial de transformação contidos nas crises quando o sujeito é atendido no seu sofrimento. Fiorini (1978) concebe a situação terapêutica como um contexto de verificação, estimulação das funções egóicas e um contexto de proteção e gratificação emocional que permite o alívio de ansiedades profundas suficiente para liberar certo potencial de ativação egóica, colocando as funções básicas do ego em maior disponibilidade.

Nesta perspectiva poderíamos considerar os Primeiros Cuidados Psicológicos como uma forma de intervenção breve caracterizada como uma rede social de apoio oferecida ao sujeito que vive uma situação de crise e os consequentes impactos na sua capacidade adaptativa, como observamos na sindemia. Talvez estejamos nos aproximando da esperança anunciada no discurso de Freud em 1919, um século atrás, na consciência da sociedade à saúde física e mental como direitos do sujeito.

As situações de emergências e desastres, que oportunizam a organização dos Primeiros Cuidados Psicológicos tem uma temporalidade específica. A sindemia que vivemos tem uma temporalidade e complexidade ampliadas. A experiência nas situações mencionadas constitui-se em uma contribuição valiosa para pensar os desafios da sindemia e a saúde mental como direito. Entendemos, por exemplo, que o conceito de crise e de adaptação podem ajudar a pensar os desafios enfrentados pelos profissionais de diferentes áreas na atenção a pessoas que procuram ajuda pelo Programa Autoestima e pelo SUS.

Caplan (1975) considera a existência de uma crise quando o equilíbrio do sujeito é perturbado por um problema que não encontra solução nos recursos disponíveis do sujeito. Envolvem situações novas e virtualmente transformadoras relacionadas com perdas ou novas aquisições. Nas crises por perda os sentimentos predominantes são a agressão e a culpa. Nas crises por aquisição os sentimentos predominantes são a insegurança, sentimentos de inferioridade e inadequação. Frente aos riscos observados nas crises para o universo pessoal do sujeito fica evidente a necessidade de intervenção preventiva. Simon (1989) demonstra que a capacidade adaptativa do sujeito pode ser alterada por fatores menos evidentes do que os evidenciados pelas crises, reafirmando a importância da atenção ao sofrimento do sujeito e uma perspectiva preventiva. Na

pandemia produzida pela Covid19 as crises foram produzidas principalmente por perdas de diferentes ordens, com prevalência da depressão e ansiedade. O impacto emocional por perda de familiares, a instabilidade no trabalho, a mudança nas condições de vida e de trabalho relacionadas com as medidas de isolamento tomadas para contenção da propagação do vírus aumentaram o nível de estresse e sofrimento psíquico, ampliando os transtornos ansiosos e depressivos no contexto brasileiro. Dados desta ordem reafirmam a importância das políticas públicas no campo da saúde, reafirmando a importância do SUS e do Programa Autoestima.

Não tratamos neste texto de uma outra corrente teórica que explica o desenvolvimento humano, considerando a natureza cultural do sujeito e o papel que desempenham os instrumentos criados pela cultura no desenvolvimento do sujeito. Esta dimensão mostra-se relevante, na medida em que permite compreender o significado e o papel desempenhado pelos rituais e costumes criados pela cultura em que o sujeito se constituiu como tal, na compreensão do sofrimento da pessoa que solicita ajuda.

Cabe considerar ainda que o sofrimento e o drama vivido pelo sujeito que pede ajuda mobiliza a história e o drama da pessoa que se dispõe a ajudar. Os conceitos sistematizados por Rogers, o conceito de contratransferência elaborado pela psicanálise, ou o sujeito considerado na sua natureza cultural são princípios que podem ajudar a organizar a relação de ajuda desde uma perspectiva ética. Entendemos, nesta perspectiva, a importância do autoconhecimento da pessoa que se dispõe a ajudar, considerando, desde a lógica de Rogers até a lógica da terapia psicanalítica, ao enfatizar o conceito de contratransferência. Não se trata de propor a lógica da terapia psicanalítica, como recurso de atenção, ao sofrimento apresentado pelo sujeito que precisa de ajuda, mas de considerar o impacto que este sofrimento pode produzir no profissional que se dispõe a ajudar. O que se procura destacar nesta análise é a necessidade de autoconhecimento do profissional que atende o sujeito em sofrimento, em um processo breve e com os objetivos dos primeiros cuidados psicológicos, estabelecidos originariamente em situações de emergências e desastres.

Entendemos ainda, como dimensão ética, a necessidade do profissional que se dispõe a atender uma reflexão sobre a concepção de homem e de desenvolvimento que ele assume, assim como os possíveis limites desta atenção. Na constatação de limites da atenção e, considerando a saúde como direito, torna-se necessária a luta por ampliar o papel das políticas públicas de saúde.

Nesta perspectiva as questões éticas relacionam-se com os recursos elaborados pelos diferentes profissionais que podem oferecer ajuda, com as possibilidades existentes nos diferentes contextos de atuação destes profissionais e com os princípios sistematizados pela proposta dos Primeiros Cuidados Psicológicos. Cabe ressaltar a riqueza e os desafios observados no curso, dada a perspectiva interdisciplinar existente, na medida em que os profissionais que frequentavam o curso tinham diferentes formações e conseqüentemente diferentes responsabilidades na sua função no contexto de trabalho.

Referências

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ANDRADE, A. N.; MORATO, H. T. P. Para a dimensão ética da prática psicológica em instituições. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 2, p. 345-353, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/ZtMJdshCD6FTjhqtYLxYCsD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BISPO JUNIOR L. P.; SANTOS, D. B. Covid 19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para abordagem em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, .v. 37, n. 10, out. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LVBpYxSZ7XbdXKm74TPPmzR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2025.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1980.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FIORINI J.H. **Desenvolvimento em psicoterapia**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

FREIRE, J. C. A. Psicologia a serviço do outro: a ética e a cidadania na prática psicológica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 23, n. 4, p. 12-15, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/zQtjLWYNxg4g8Xr7ZQFDxxm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2025.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. A Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hXBq9Ky7QT97zgrTzYbpR4w/?format=pdf&lang=pt>.

LIMA, D. T.; LIBERATO, M. T.; DIONÍSIO, B. W. R. A empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 152-170, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/82791/pdf>. Acesso em: 19 jan. 2025.

MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/7177/4743>. Acesso em: 14 fev. 2025.

SIFNEOS P. **Psychotherapie breve et crise emotionelle**. Bruxelas: Pierre Mardaga Editeur, 1977.

SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. **Medical Anthoropology Quarter**, Washington, v. 17, n. 4, p. 423-441, dez. 2023. DOI: 10.1525/maq.2003.17.4.423. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1525/maq.2003.17.4.423>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SIMON, R. **Psicologia preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SMALL,L. **Psicoterapias breves**. Argentina: Granica Editor, 1972.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

SOUZA, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

WOLBERG, L. R. **Psicoterapia breve**. São Paulo: Mestre Jou, 1979.

Capítulo 4

PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS: ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E DESAFIOS DA PANDEMIA COVID-19

Dafne Rosane Oliveira

Introdução

Os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) constituem uma ferramenta de intervenção interdisciplinar em crises, emergências e desastres, em consonância com a proposta da Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2015). Compreende-se que a pandemia da Covid-19 representa um desastre, dado seu alcance e gravidade dos efeitos, além das emergências e diversas crises envolvidas em vários níveis. Nesse sentido, é relevante mencionar a importância de discutir os PCPs como estratégia de cuidado com a saúde mental dos afetados.

Com a pandemia da Covid-19 aumentou-se as queixas relacionadas à saúde mental e a busca por serviços de escuta e acolhimento dos sofrimentos envolvidos. Esse cenário levou muitos profissionais a se capacitar para atuar no cuidado dos afetados e, buscar ajuda para seu autocuidado mediante a conjuntura de uma intensa e desgastante jornada de trabalho na linha de frente. Nesse contexto surge o curso “COVID-19 e os Primeiros Cuidados Psicológicos: Intervenção Interdisciplinar em Crises, Emergências e Desastres”, como um dos cursos de formação para profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecido no Programa Autoestima, que contempla em sua grade aulas, supervisões clínicas e atendimentos de PCPs para usuários da rede de saúde.

Constitui como objetivo deste capítulo, apresentar e discutir estratégias de cuidado e desafios na implementação do curso de formação mencionado acima, cujas atividades contemplaram um formato de atendimento online e síncrono, norteados pela proposta dos PCPs.

Saúde Mental em situações de emergências e desastres

As Diretrizes do Comitê Permanente Interagências (IASC, na sigla em inglês) utiliza o termo “Saúde Mental e Apoio Psicossocial’ (SMAPS) para designar um espaço de trabalho que une diversos atores que atuam em emergências adotando abordagens biológicas e socioculturais na saúde, assistência social, educação e ambientes comunitários, para fornecer apoio psicossocial cujo objetivo é proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar condições de saúde mental. Recomenda-se um sistema em níveis de apoios complementares integrados às atividades de respostas ao evento, no caso, a pandemia da Covid-19. Os princípios fundamentais implicam em não prejudicar, promover os direitos humanos e igualdade, utilizar abordagem participativa, ressaltar as capacidades e recursos disponíveis, adotar intervenções em diversas camadas atuando com sistemas de suporte integrados (IASC, 2020)

É fundamental a consideração de que vivenciar um desastre envolve um ambiente potencialmente traumatizante e não necessariamente traumatizante. Com a ajuda das redes de apoio de famílias, amigos, vizinhos, líderes comunitários e/ou espirituais, as pessoas irão apresentar dificuldades e sofrimento, porém sem maiores problemas de adaptação. Outras pessoas, por suas características pessoais e do entorno, estarão mais propensas a precisar de auxílio psicológico e psicossocial e, apenas uma parcela pequena da população afetada precisará de atendimentos especializados em virtude do desenvolvimento de transtornos mentais em decorrência da vivência do desastre. Por isso que se discute a importância do acolhimento e auxílio aos afetados na elaboração das vivências dolorosas, buscando não vitimizar as pessoas que buscam auxílio, dando espaço para a expressão dos sentimentos intensos de sofrimento, e auxílio no enfrentamento do sofrimento vivido de acordo com seus recursos singulares e socioculturais (NOAL, 2016).

Entende-se que, embora toda pessoa tenha forças e habilidades para lidar com os desafios da vida, algumas pessoas apresentam maiores vulnerabilidades e necessitam de

mais suporte. Podem ser alguns exemplos, crianças e idosos, pessoas com deficiência, com transtornos mentais e até mesmo pertencentes a grupos marginalizados ou alvo de violências. Além disso, outras razões podem configurar o aumento da vulnerabilidade, tais como sua história de vida com outros eventos desafiadores, a natureza desse evento, a rede de apoio (ou sua falta) e, a cultura com suas crenças e tradições pessoais (OPAS, 2015).

A forma como as pessoas reagem aos eventos de crises, emergências e desastres é muito particular e resultado de uma complexa rede de circunstâncias passadas (referentes à sua história de vida) e presentes (referentes às contingências atuais do evento e sua relação com o ambiente e pessoas afetadas). Embora possamos dizer que o mundo todo foi afetado pelas consequências da pandemia da Covid-19, é notório refletir que os efeitos foram muito diferentes nas diversas camadas da população.

Além do impacto, as pessoas também reagem de formas únicas dado seu contexto. Um aspecto a ser considerado diz respeito ao fato de que profissionais são também afetados pela pandemia da Covid-19. Geralmente quando ocorre uma situação de crise, emergência e desastre, não é indicado que profissionais afetados por esses eventos atuem em suas funções. Entende-se que qualquer afetado deve ser assistido e que os profissionais capacitados prestem essa assistência. Por exemplo, não seria indicado que um psicólogo especialista em emergências e desastres prestasse apoio psicossocial em um incêndio que aconteceu no prédio em que reside. Naturalmente, por ser atingido pelo evento ele deveria ser acolhido e cuidado e usar sua expertise em qualquer outro evento cujo seu trabalho fosse útil.

Por essa razão que trabalhar com SMAPS na pandemia da Covid-19 envolve o desafio de trabalhar o sofrimento psíquico, as perdas, o luto, a ansiedade, preocupação e estresse, com a certeza de que as pessoas são únicas em sua subjetividade e reação diante de crises, emergências e desastres. É preciso dominar as estratégias de cuidado para estar pronto a oferecer um apoio que leve em consideração todas as especificidades e necessidades de cada indivíduo. Além de, se engajar em ferramentas de gestão que ofereçam cuidado com os profissionais e viabilização de ações de autocuidado.

Portanto, ressalta-se que ao trabalhar com SMAPS na Covid-19 é fundamental

1. Lembrar que as ações de cuidado, particularmente na primeira fase da Pandemia, auxiliam a não cronificar as reações e sintomas considerados “normais” em uma situação “anormal”;
2. Compreender que os cuidados SMAPS precisam ser compartilhados pelos diferentes

campos do cuidado, como a medicina, enfermagem...; 3. Não medicalizar o cuidado, tampouco tratá-los como doentes psiquiátricos; 4. Quem está oferecendo a ajuda psicológica deve desenvolver um sentido de escuta responsável, cuidadosa e paciente. Os membros das equipes de resposta devem explorar suas próprias concepções e preocupações sobre a morte e não devem impor sua visão aos que estão ajudando (FIOCRUZ, 2020, p. 7).

O formato do atendimento

Prestar apoio psicossocial em emergências e desastres é por si só um desafio, mediante os diversos possíveis cenários que envolvem sofrimento intenso. As perdas nessas situações se dão geralmente em condições repentinas e inesperadas, o que por vezes intensificam seus efeitos e dificultam a elaboração do que se está vivenciando.

A proposta do curso de Primeiros Cuidados Psicológicos se insere no formato do programa Autoestima que se destina a ofertar um espaço de escuta e cuidado com a saúde mental da população que se encontra afetada pela pandemia da Covid-19. Para tal, foi necessário alicerçar um formato de atendimento que fosse seguro, acessível, adequado à demanda e de qualidade. Nesse contexto surge o atendimento em PCP realizado via plataforma online, em formato limitado de até três sessões, visando os princípios básicos de ação dos PCP: observar, escutar e aproximar (OPAS, 2015).

Observar envolve enxergar e estar em uma situação de crise com segurança, estando atento às necessidades básicas evidentes e urgentes. Com o atendimento online, se restringem as possibilidades de observação do ambiente em geral, mas coloca-se a possibilidade de que o profissional acesse o usuário de forma segura, sigilosa e atenciosamente. Nos atendimentos do curso, a proposta é de atendimentos por vídeo chamada, síncronos, ou seja, “ao vivo”. Esse contexto favorece que uma ampla gama de fatores seja avaliada no quesito observação: a linguagem do usuário, sua aparência, o aspecto do local onde ele está. Tais fatores podem ajudar a compor o cenário de queixas e de avaliação para as orientações cabíveis àquele contexto.

Escutar abrange ouvir como o sujeito traz seu sofrimento, suas preocupações e necessidades. Além de ser uma escuta que forneça acolhimento e ajude as pessoas a se sentirem calmas. Portanto, trata-se de uma escuta atenta e qualificada, livre de julgamentos e de padrões, que permita espaço para a manifestação do sofrimento em um ambiente seguro e acolhedor. E por fim, aproximar compreende ações de suporte para

que as pessoas resolvam suas necessidades básicas e tenham acesso aos serviços e a pessoas que possam lhe conferir cuidado condizente.

Importante ressaltar que a maioria das pessoas se recupera bem com o passar do tempo, principalmente quando tem suas necessidades básicas garantidas, presença de rede de apoio e inclusive, com a oferta dos PCPs. Porém, as pessoas afetadas com reações severas ou de longa duração podem precisar de uma ajuda intensa e especializada, especialmente se não puderem manter sua rotina diária ou se representarem perigo para si e para os outros (OPAS, 2015). Diante desse cenário se faz relevante a discussão de uma criteriosa avaliação de cada caso para que sejam feitos, se necessário, encaminhamentos a serviços especializados na rede de saúde pública.

Diante do exposto, apresenta-se a proposta do atendimento em PCP do referido curso: um atendimento online, via plataforma do Programa Autoestima, com uma intervenção pontual que visa acolhimento e direcionamento para ações de estabilização emocional.

Idealmente, os PCP se destinam a ofertar apoio logo após a ocorrência do evento. A pandemia é um evento em que se localiza demandas em saúde mental em qualquer período, desde seu início e durante seu percurso. Pode-se discutir que no primeiro mês muitas demandas estavam relacionadas às incertezas de um vírus letal e desconhecido. Com o avançar dos meses cada vez mais se evoluiu em termos de conhecimentos sobre os mecanismos de contaminação e medidas de biossegurança. Após um, dois, três anos depois do início, muita coisa foi mudando e ao longo da evolução da pandemia houve muita demanda pelos efeitos em curso e, pelas consequências que foram se acumulando.

Para facilitar o planejamento e adesão aos princípios deste formato de atendimento, foram organizados alguns pontos de destaque para o manejo dos casos atendidos, tendo em vista sempre os princípios de ação dos PCPs.

Naturalização das reações emocionais

Entende-se que quem vivencia um desastre naturalmente poderá apresentar uma série de reações emocionais que em outros contextos seriam interpretadas como disfuncionais ou até mesmo patológicas. Essas reações devem ser naturalizadas no sentido de que sua ocorrência deve ser entendida como compatível e esperada pela situação vivenciada.

Noal (2016) ressalta que vivenciar um desastre não significa necessariamente estar traumatizado, pois apesar de os desastres desencadearem reações extremas de forte sofrimento psíquico, o evento é potencialmente e não necessariamente traumatizante. Reações agudas são esperadas e para cada pessoa é preciso uma estratégia de cuidado singular para encontrar estabilidade psíquica.

Taborda (2006) apresenta as seguintes reações psicológicas características das fases de um desastre. Nas primeiras 72 horas após um desastre é comum observar crises emocionais, entorpecimento psíquico (apatia, confusão, com excitação aumentada ou “paralisada” pelo medo), ansiedade, medo de conhecer a realidade, dificuldade de aceitar ajuda e a situação crítica em que se encontra, instabilidade afetiva com oscilações de humor.

No primeiro mês após, é comum encontrar: aflição e medo, nervosismo, tristeza, reações de luto, sintomas psicossomáticos, preocupação exagerada, irritabilidade, agitação motora, alteração nos comportamentos habituais, no sono e apetite, problemas nas relações interpessoais e no desempenho no trabalho. E em dois a três meses é esperado encontrar ansiedade que tende a se reduzir. Pode haver tristeza que persiste por mais tempo, podendo ser acompanhada de aumento da agressividade (doméstica, autoagressão), aumento no consumo de álcool e psicoativos, sentimento de raiva que se acentua se houver discriminação, vitimização ou impunidade, sintomas psicossomáticos persistentes e ocasionalmente, sintomas de estresse pós-traumático.

IASC (2020) apresenta que em qualquer epidemia, é comum aos indivíduos se sentirem estressados e preocupados, sendo consideradas reações comuns: o medo de adoecer e morrer; evitar procurar estabelecimentos de saúde devido ao medo de ser infectado enquanto é atendido; medo de perder meios de subsistência, ser impedido de trabalhar durante isolamento e até perder o emprego; sentimentos de desamparo, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento e, medo por reviver a experiência de uma epidemia anterior.

É importante que no atendimento em PCP haja domínio desse conhecimento, para que seja feita uma psicoeducação das reações esperadas e devido suporte para a prevenção de que esse cenário se intensifique e agrave com o tempo. Schmidt *et al.* (2020), compilaram estudos que trazem diversas reações sobre os prejuízos ao bem-estar psicológico diante a pandemia: o medo de se infectar, sintomas de depressão e ansiedade, comportamento suicida, sintomas de estresse pós-traumático, confusão e

raiva decorrentes da quarentena, preocupações com a escassez de suprimentos e as perdas financeiras.

É importante que seja feita uma escuta atenta, com informações que abordem a normalização das reações, que são indicadores de um sofrimento agudo que deve ser acolhido, cuidado e monitorado.

Ademais, é relevante que o profissional fundamente sua acolhida no sentido de orientar o usuário a estar atento às suas necessidades básicas, relacionadas a uma vida saudável e com sentido para si. A melhoria do quadro clínico de transtornos mentais está relacionada a contextos de equilíbrio e vida saudável. Por isso, estar bem alimentado, hidratado, descansado, são aspectos fundamentais para serem monitorados nos atendimentos.

Percepção de risco

A percepção de risco envolve a maneira como as pessoas avaliam os riscos e as consequências de um determinado evento. Além disso, envolvem o modo como aprendemos a ver o mundo, levando-se em consideração as nossas experiências anteriores de aprendizagem, permeadas do efeito da cultura, influenciando nossos comportamentos e orientando a tomada de decisão referente ao que se percebe (Oliveira, 2018).

Portanto, falar de percepção de risco traz referência a um processo de construção sociocultural, envolvendo diretamente a história de vida de cada pessoa e seus aspectos culturais, pois abarca as ameaças e os recursos de enfrentamento e pode reduzir a vulnerabilidade, evitando maiores danos (CEPED-RS, 2015).

Diversos fatores podem interferir no nível de percepção das ameaças: o tipo de risco a que se está exposto, a experiência que se tem com ele, até o modo de vida que se possui. Dahal e Hagelman (2011) discutem que a percepção de risco influencia positivamente na adoção de estratégias eficazes de mitigação e resposta. Lolive e Okamura (2016) ressaltam a importância da confiança na comunicação de riscos para que uma gestão participativa faça com que o risco seja gerenciado e as pessoas se engajem em estratégias que promovam sua redução. Nesse sentido, ressalta-se a importância de o profissional de saúde ter conhecimentos sobre os riscos envolvidos com o coronavírus: noções de biossegurança, informações baseadas em evidências científicas e informações confiáveis de gestão pública que de fato gerenciem a crise.

As chamadas *fake news*, mal ou bem intencionadas, podem fazer com que as pessoas se sintam perdidas nas recomendações. Portanto, ressalta-se a importância de que os profissionais estejam familiarizados e disseminem fontes de informação confiáveis, para que haja engajamento nas ações necessárias de controle dos riscos.

Problemas de infraestrutura, sociais e econômicos

É comum se ouvir dizer que o desastre escancara a realidade anterior ao desastre: pois os efeitos deletérios agravam condições que muitas vezes já eram precárias. Esse cenário representa contingências complexas de difícil acesso para mudanças e que muitas vezes aparecem intrincadas às queixas em saúde mental.

A saúde mental é um conceito integrado a várias frentes, ou seja, vários fatores influenciam no que pode resultar uma saúde mental preservada ou com prejuízos e sofrimentos intensos. Aspectos relacionados à moradia, alimentação, renda, acesso a serviços, rede de apoio e afeto, são componentes que afetam a saúde física e mental e que podem agravá-las. Portanto, este é um elemento importante na abordagem dos atendimentos, promovendo a validação das condições existentes e os sofrimentos relacionados. Em relação à pandemia da Covid-19, foi percebido nos atendimentos realizados os efeitos da quarentena, a sobrecarga laboral em trabalhadores da saúde e outras áreas de serviços essenciais, os impactos financeiros e suas repercussões, as perdas ou adiamentos de eventos de vida importantes.

Rezaeian (2013) discutem que um desastre natural pode configurar um cenário de contingências que evoca raiva e estresse que muitas vezes se expressam na forma de violência autodirecionada, como por exemplo no comportamento suicida, e também, violência interpessoal. O estudo de Bradbury-Jones e Isham (2020) analisam que nos períodos de quarentena houve um aumento de casos de violência doméstica ao redor do mundo, inclusive, no Brasil.

Reger, Stanley e Joiner (2020) ressaltam fatores da pandemia da Covid-19 que podem aumentar o risco de suicídio: preocupações financeiras, isolamento social, o sentimento de ansiedade coletiva, dificuldades de contato com ações comunitárias e religiosas, dificuldades para acessar tratamentos de saúde mental e acesso a armas de fogo. No mesmo artigo, os autores apresentam outro ponto de vista, de que pode haver um fenômeno condizente ao efeito do compartilhamento do sofrimento em virtude da vivência do desastre, o que pode alterar a visão sobre saúde e mortalidade, trazendo a

perspectiva de valorização da vida e temor pela morte, tornando o suicídio menos provável.

Tais aspectos que entrelaçam os efeitos do desastre com as condições sociais e estruturais da sociedade, costumam representar desafios na prática do PCP pelo profissional de saúde. Pois muitas vezes o sofrimento está enraizado por essas estruturas de violências e precisa ser adequadamente manejado para que não venha a se agravar com o tempo. A consciência do efeito desses fatores na saúde mental é fundamental para que o manejo não se direcione a ações reducionistas, discriminatórias e de culpabilização dos indivíduos envolvidos nestas situações de vulnerabilidade.

Todo esse complexo cenário repercute na saúde mental de milhões de pessoas que se veem imbricadas aos efeitos crônicos de tantas mudanças impostas pela pandemia da Covid-19. Importante que o profissional de saúde nos PCPs esteja atento ao cenário único de cada usuário, de modo que essas contingências sejam entendidas como geradoras de um quadro propício ao estresse e sofrimento mental.

Estigma social e discriminação

Na pandemia da Covid-19 destaca-se o trabalho crucial dos profissionais da linha de frente. Algumas ações da população reforçaram a importância e o agradecimento para esses profissionais, como homenagens e ações em redes sociais. Contudo, especialmente nos primeiros meses da pandemia, muitos deles se depararam com reações de estigmatização, o que gerou sensações de medo de serem socialmente excluídos ou colocados em quarentena por serem associados à doença. Como por exemplo, discriminação por pessoas que são ou vieram de áreas infectadas. Além de ser presente a sensação de estar vulnerável ao proteger seus entes amados, o medo de perdê-los por causa do contato com o vírus. Além disso, muitas famílias dos profissionais de saúde também eram alvo de medo e estigma, cujos efeitos são prejudiciais ao bem-estar mental das pessoas afetadas e pode tornar uma situação já desafiadora ainda mais difícil (IASC, 2020).

Além disso, é importante ressaltar que muitos profissionais de serviços essenciais relataram se sentirem invisíveis nessa valorização dos trabalhadores de saúde, muitas vezes por fazerem parte de áreas menos prestigiadas, tais como funcionários de serviços essenciais (supermercados, por exemplo), funcionários de limpeza, de transportes públicos essenciais, do sistema funerário, dentre outros. Parte

importante do trabalho com os PCPs é validar esses cenários de sofrimento que muitas vezes são de fato esquecidos pelo entorno que os cerca. Nenhuma perda ou sofrimento é menor ou menos importante. Todo sofrimento deve ser acolhido e cuidado, com muito respeito e sem julgamentos.

E mais uma vez discute-se o agravamento de cenários pré desastre, pois a marginalização de grupos minoritários antes da pandemia, tende a se intensificar e reforçar as ações de discriminação.

Morte e luto

Uma das questões que mais teve repercussão quando se fala em perdas na pandemia da Covid-19 refere-se a grande quantidade de óbitos e às limitações em relação aos rituais fúnebres. A história da morte no ocidente remonta a uma trajetória de contato com a finitude de diversas formas. Kovács (2003) discute o conceito de morte escancarada, cuja definição envolve múltiplos fatores que podem dificultar a elaboração da morte, como cenas de violência, desaparecimento de corpos, perdas múltiplas e invertidas. Tais mortes são veiculadas insistentemente pelas mídias, atravessando e chocando a vida das pessoas. Durante a pandemia, foi comum ver pessoas sensibilizadas pelas cenas de centenas de valas onde os corpos de pessoas mortas pela Covid se acumulavam.

O luto é uma resposta normal e esperada diante uma perda cuja relação envolve um vínculo. De acordo com Parkes (1998), mortes repentinas e inesperadas, perdas múltiplas e mortes envolvendo ação humana, caracterizam um risco especial para a saúde mental, mesmo na ausência de vulnerabilidade. Com o contexto da pandemia, muitas famílias não puderam acompanhar seus entes queridos nas hospitalizações e sequer puderam se comunicar para se despedir.

Naturalmente que não há uma forma certa de lidar com a morte e as despedidas, mas pode-se refletir que ser impedido desses rituais ocasiona uma dor da perda ainda maior do que já seria. Kovács (2010) discute que a expressão do luto envolve muitos pontos de vista, crenças religiosas, reflexões sobre a finitude da vida. Não deve haver julgamentos, mas certamente a existência de rituais é um elemento que favorece a elaboração do luto, respeitando-se as peculiaridades de cada família/cultura.

Crepaldi *et al.* (2020) discutem que além das perdas em massa em períodos curtos, as dificuldades de rituais de despedida e rituais funerários podem dificultar a

experiência do luto. As autoras mencionam a importância de formas alternativas e respeitadas para que sejam expressas a afetividade e espiritualidade como parte do processo de ressignificação das perdas e desafios durante e após a pandemia. Do ponto de vista da Psicologia, discute-se a importância de que potencialidades e recursos familiares sejam enfatizados, visando o fortalecimento das redes socioafetivas e o compromisso e solidariedade das pessoas entre si.

Outro ponto levantado por Crepaldi *et al.* (2020) diz respeito a importância do cuidado com a saúde mental do próprio profissional frente às adversidades intensamente e frequentemente vivenciadas. Nesse quesito, é fundamental localizar nos profissionais de saúde que atendem no curso descrito neste capítulo, o papel de afetados e esgotados por suas atividades laborais e porventura, pessoais. Por isso, a importância do formato do curso que permite discussões durante as aulas e suporte na supervisão para os desafios dos casos, dando espaço para a expressão dos sentimentos e encorajando ações de autocuidado.

De uma forma geral, o cuidado com a abordagem dos lutos compreende um olhar muito amplo, cuidadoso e respeitoso para as diversas perdas envolvidas: perda de emprego, adiamento de festividades, como casamentos, aniversários, viagens, mudanças, dentre outros. Com destaque para as mortes (mesmo as de outras origens que não a covid-19) que não puderam contar com seus rituais de despedida, tão importantes para o processamento e elaboração do luto.

Por fim, ressalta-se a importância de um olhar cuidadoso e particular para cada caso, de modo que sejam avaliadas as melhores estratégias e ferramentas de cuidado para aquela demanda. Compilando todo o cenário que envolveu o curso, as principais orientações que norteiam os atendimentos em PCPs se baseiam nas diretrizes do IASC (2020, p. 13), mencionadas a seguir:

- É normal sentir-se triste, angustiado, preocupado, confuso, assustado ou com raiva durante uma crise.
- Converse com pessoas em quem você confia. Entre em contato com seus amigos e familiares.
- Se você precisar ficar em casa, mantenha um estilo de vida saudável (incluindo uma dieta adequada, sono, exercício e contato social com os entes queridos em casa). Mantenha contato com familiares e amigos por e-mail, telefonemas e uso das mídias sociais e plataformas.
- Não use tabaco, álcool ou outras drogas para lidar com suas emoções.
- Se você se sentir sobrecarregado, converse com um profissional de saúde, assistente social, outro profissional ou pessoa confiável em sua comunidade (por exemplo, líder religioso ou ancião da comunidade).

- Tenha um plano para onde ir e procurar ajuda para a saúde física, mental e psicossocial, se necessário.
- Conheça os fatos sobre seu risco e como tomar precauções. Use fontes confiáveis para obter informações, como o site da Organização Mundial da Saúde ou uma agência de saúde pública local.
- Diminua o tempo que você e sua família passam assistindo ou ouvindo perturbadoras coberturas midiáticas.
- Use as experiências e habilidades que você usou no passado em tempos difíceis para gerenciar suas emoções durante este surto.

Considerações finais

A proposta das diretrizes dos atendimentos descritos neste capítulo traz em si muitos desafios. O primeiro deles recai no fato de que os profissionais que atuam com os PCPs são também pessoas de alguma forma afetadas pela pandemia da Covid-19.

Um desafio que se fez presente nos atendimentos diz respeito à dificuldade de enquadrar os atendimentos no formato pontual de até três sessões. Muitas vezes os profissionais se queixavam por acharem “pouco tempo”, não acreditando que aquele trabalho seria significativo para os usuários do serviço. Esse contexto exigiu uma preparação, ajuste de expectativas e planejamento nas supervisões para que fosse adequadamente executado. A metodologia dos PCPs é internacionalmente utilizada e reconhecida e notadamente traz bons resultados no que se propõe, fazendo com que as pessoas estejam calmas o bastante para enfrentar os problemas e enquadrar seus planos e estratégias de vida à realidade imposta. Importante enfatizar que casos graves e que não tenham efeitos positivos com o manejo indicado, foram encaminhados de forma pertinente a serviços especializados.

Considera-se que a proposta do curso teve grandes êxitos na formação continuada dos alunos do curso, bem como, a partir da avaliação dos usuários do serviço prestado.

Referências

BRADBURY-JONES, C., ISHAM, L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 29, n. 13-14, p. 2047-2049, jul. 2020. DOI: 10.1111/jocn.15296.

CEPED-RS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Apostila do curso de capacitação em gestão de riscos**. Porto Alegre: UFRGS, 2015. Cap. 2.

CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, p. e200090, 2020. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estpsi/article/view/7352/4908>. Acesso em: 20 mar. 2025.

DAHAL, K. R.; HAGELMAN, H. People's risk perception of glacial lake outburst flooding: a case of Tsho Rolpa Lake, Nepal. **Environmental Hazards**, London, v. 10, n. 2, p.154-170, 2011. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17477891.2011.582310?needAccess=true>. Acesso em: 20 mar. 2025.

FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia covid-19: recomendações gerais**. Brasília, DF: FIOCRUZ, 2020. Acesso em: 15 de maio de 2022. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomendações-gerais.pdf>

IASC. **Guia preliminar: como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de covid-19**. [S. l.]: OPAS, 2020. *E-book*. Versão 1.5. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025].

KOVÁCS, M. J. **Educação para a morte: temas e reflexões**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M. J. A morte no contexto escolar: desafio na formação de educadores. In: FRANCO, M. H. P. (org.). **Formação e rompimentos de vínculos: o dilema das perdas na atualidade**. São Paulo: Summus, 2010, p. 145-168.

NOAL, D. S. **Atenção psicossocial e saúde mental em situação de desastres na atenção básica**. São Paulo: UNASUS/UNIFESP, 2016. Unidade Extra 3 do Curso de Gestão local de desastres naturais para a atenção básica.

LOLIVE, J.; OKAMURA, C. Desafios para uma comunicação participativa do risco: emoções, incerteza, confiança. In: International Conference on Urban Risks (ICUR); 2016, June 30, 2016 - July 2; Lisbon. Disponível em: https://benzeno.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/lolive_j_e_okamura_c_2016.pdf. Acesso em: 19 jan. 2025.

OLIVEIRA, D. R. **Crianças em situações de riscos e desastres**: atenção psicossocial, saúde mental e direitos humanos. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

OPAS. **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores em campo. Brasília, DF: OPAS, 2015. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/GUIA_PCP_portugues_WEB.pdf Acesso em 19/08/2022.

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

REGER, M. A.; STANLEY, I. H.; JOINER, T. E. Suicide mortality and coronavirus disease 2019—A perfect storm? **JAMA Psychiatry**, Chicago, v. 77, n. 11, p. 1093-1094, Nov. 2020. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060.

REZAEIAN, M. The association between natural disasters and violence: a systematic review of the literature and a call for more epidemiological studies. **Journal of Research in Medical Science**, [Bethesda], v. 18, n. 12, p. 1103-1107, Dec. 2013. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3908534/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, p. e200063, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.58>.

TABORDA, M. C. Principales problemas psicosociales y principales pautas para su atención. *In*: Rodríguez J.; Davoli M. Z.; Pérez R. (ed.). **Guía práctica de salud mental en desastres**. [S. l.]: Organización Panamericana de la Salud, 2006.

Capítulo 5

PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS A PESSOAS DE DIFERENTES CULTURAS: O CUIDAR RESPONSÁVEL ATRAVÉS DA INTERCULTURALIDADE

Julia Bartsch

Introdução

Há tantas formas de ser de fora: o forasteiro, estrangeiro, turista, visitante... exilado, migrante, imigrante, expatriado... refugiado. Quando o corpo sofre, a alma padece. E o que falar do corpo que tenta escapar de sofrer o seu aniquilamento e se depara com mais violência? Migrar é romper. E o que se vê forçado a fazê-lo sequer pode elaborar despedidas ou idealizar a nova terra. Ele simplesmente precisa partir. Esse corpo que foge também será o que denuncia seu dono como o estranho àquele lugar. O rosto, a cor da pele, o sotaque (Bartsch, 2021, podcast⁴)

Com estas palavras, a autora deste capítulo iniciava um podcast, para o qual havia sido convidada a falar sobre o corpo na migração forçada. A associação feita com a questão dos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), se dá pela necessidade de se considerar que um olhar atento deverá observar as subjetividades que envolvem a quem não bastasse estar vivendo ou ter vivido uma situação de emergência ou desastre, mas que carrega outras rupturas por conta de uma necessidade anterior de deslocamento. Desta forma, não nos ateremos apenas às instruções técnicas de cuidado com essa população específica, mas o faremos em conjunto com reflexões sobre como somos tomados pela alteridade, dentro do que torna este outro um estrangeiro, sem deixarmos de lado o fato de sermos nós mesmos estrangeiros a este outro.

⁴ Disponível em <https://soundcloud.com/user-572529419/com-o-credo-na-boca-ep-47-julia-bartsch>

A premissa deste capítulo é indicar a importância dos elementos culturais para a criação de um vínculo apropriado com a pessoa ou grupo a quem pretendemos oferecer os cuidados psicológicos necessários diante do evento que assim o requer. Apresentaremos a cultura enquanto um conjunto de códigos que nos falará daquela pessoa ou daquele grupo, do que deles faz parte e lhes faz sentido em um espaço, que dada a crise da situação, torna-se duplamente estrangeiro. Trazendo o princípio da interculturalidade, assumindo que não há uma cultura que se sobreponha à outra, finalizaremos tomando-a como uma proposta de intervenção para com a população migrante.

Migrante? Refugiado? Apátrida? O que faz de alguém um estrangeiro

O Estrangeiro

- A quem mais amas tu, homem enigmático, dissei: teu pai, tua mãe, tua irmã ou teu irmão?
— Eu não tenho pai, nem mãe, nem irmã, nem irmão.
— Teus amigos?
— Você se serve de uma palavra cujo sentido me é, até hoje, desconhecido.
— Tua pátria?
— Ignoro em qual latitude ela esteja situada.
— A beleza?
— Eu a amaria de bom grado, deusa e imortal.
— O ouro?
— Eu o detesto como vocês detestam Deus.
— Quem é então que tu amas, extraordinário estrangeiro?
— Eu amo as nuvens..., as nuvens que passam lá longe...
as maravilhosas nuvens!
(Charles Baudelaire, 2009, p. 29).

Antes de qualquer coisa, é preciso destacar que termos como migrante, pessoa refugiada, solicitante de refúgio ou apátrida são denominações jurídicas que designam alguma condição migratória. O que teremos que observar é a diversidade de experiências pelas quais essas pessoas passaram em seus processos de deslocamento e de que forma esses termos jurídicos incidem sobre elas.

O solicitante de refúgio o é por ainda não ter obtido o status de refugiado. Segundo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados, o ACNUR, os refugiados “são reconhecidos como tal, precisamente porque é muito perigoso para eles voltar ao seu país e necessitam de refúgio em algum outro lugar. Para estas pessoas, a

negação de uma solicitação da condição de refugiado pode ter consequências vitais” (ACNUR, 2022, n.p.). Parte da população migrante, entretanto, não se inscreve nas condições para a solicitação de refúgio, embora lhes possa ser concedida a permissão de residência. Estes buscam, em sua maioria, condições melhores econômicas e dentro disso, até mesmo de sobrevivência para a aquisição de itens básicos, como alimentação e moradia.

A migração é, em si, um ato de ruptura. Familiares, locais que compuseram uma história e códigos culturais são deixados para trás. Desta forma, ao nos depararmos em nosso campo de atuação com a população migrante, temos também que considerar o impacto psíquico para aqueles, que dentro desse novo cenário de emergência e desastre, trazem consigo outras questões relacionadas a seus processos de deslocamento. Para Rosa (2015, p. 105),

Partir da pátria envolve uma escolha seja por fuga da pobreza, de catástrofes ou de perseguição política. As pessoas partem, tendo enfrentado o horror dos abusos de poder, deixando a terra arrasada, mas também sua infância, pessoas queridas, sua história.

Já em terras que lhe são estrangeiras, esse que migra se depara, inicialmente, com questões relacionadas à sua adaptação e sobrevivência, tais como documentação, moradia, possibilidades de sustento próprio e de dependentes que porventura estejam lhe acompanhando. Antes que entremos nesses pontos, teremos que conjecturar sobre as incidências psíquicas sobre aquele que se encontra na posição de estrangeiro e que podem ou não se refletir sobre as dificuldades em resolver as questões mencionadas no início deste parágrafo. Bartsch (2021, p. 40) traz que

A experiência de ser estrangeiro é ao mesmo tempo individual, considerando-se que, aquele sujeito a vive de acordo com sua própria capacidade de elaborar o vivido, e coletiva, uma vez que se faz necessária a existência de um outro estranho para que ele se torne estrangeiro ao outro.

A dependência desse outro que lhe é estranho para a obtenção daquilo que lhe é necessário para sobreviver e poder se manter em terra estrangeira e de que maneira essa relação se estabelece, também repercute sobre o estado psíquico deste que ora se vê estrangeiro. Segundo Viñar et Viñar, “no exílio, ninguém o conhece, ninguém o reconhece. Aquele que era eu não existe mais” (1992, p. 71). Desta maneira,

entendemos que durante o cuidado, devemos levar em conta a possibilidade de oferecer à pessoa assistida alguma maneira de se familiarizar com o espaço geográfico onde ela se encontra, ainda que, justamente por conta da situação de crise onde os PCP tomam lugar, esse espaço esteja perturbado. No que se refere às intervenções técnicas, as veremos mais adiante neste mesmo capítulo. Lembramos que o que se pretende, neste momento, é trazer à tona considerações sobre a estrangeiridade em si.

Esta posição de estrangeiridade é reforçada quando, na terra de acolhida, aquele que migra experimenta a ausência de seus códigos culturais, estes que o constituem enquanto sujeito, que falam quem ele é, lhe dão uma língua, uma forma de se vestir, de se alimentar e de fazer parte de uma estrutura social. E quando falamos deste migrante, não falamos necessariamente de quem se desloca a partir de alguma terra estrangeira delimitada por fronteiras, mas também daquele que se origina de outras regiões de um mesmo país. Se não há uma língua diferente, há o sotaque, há o alimento regional, costumes e outros códigos que dirão que se é de um lugar e não de outro.

Isso significa falar que há uma experiência que se dá com a ruptura e outra do encontro com o desamparo, pela ausência de seus próprios códigos culturais, fazendo-nos pensar em tais experiências como traumáticas. Segundo Fernandes (2015, p.322), o exílio, enquanto uma violência social, se equivaleria ao Terror, sendo tal experiência “associada a uma manifestação descontínua que tende a estabelecer ou a reforçar uma ligação entre um protetor (o que acolhe, recebe, “asila”) e um ser sem defesa (o exilado), anulando-o”. Desta forma, faz-se primordial atentar-se a essas nuances em uma situação de crise que venham a desconstruir estruturas já conseguidas com muito esforço, tais como moradia, novos laços sociais, destruição de bens materiais e perda de documentação, além de perda de pessoas próximas cujas histórias se aproximam das do próprio sobrevivente.

Dentro da experiência da estrangeiridade, há também de se considerar de que maneira aqueles oriundos da terra de acolhida estão, eles mesmos, permeados por seus próprios códigos que determinam o quanto o outro é o estrangeiro, o estranho, o diferente. Essas diferenciações tornam-se, elas mesmas, outras formas de violência. A xenofobia, palavra surgida da junção do grego *xénos* (estranho, estrangeiro) e *phóbos* (medo) e o racismo são vividas por parte desses migrantes. Será parte do trabalho de cuidado observar se e como tais violências se reproduzem dentro do espaço de acolhimento onde o trabalho é executado. Em se tratando da saúde mental, a maneira

como alguns sintomas são expressados por uma cultura diferente da nossa deve compreender que há outras maneiras de expressão e definição de doenças e sintomas para além dos encontrados em guias médicos internacionais e sob uma perspectiva biomédica. Assim, uma escuta atenta deve considerar esse aspecto, sem que se imponha o que é mais familiar aos agentes cuidadores. No momento de crise, o que nos interessará é perceber o que faz sentido a quem se escuta, de que forma isso é colocado e, de maneira alguma, fornecer novos elementos que, pelo risco de não poderem não fazer sentido ao outro, aumentarão a sensação de desamparo e de não reconhecimento do que, já com muito custo (seja pela língua, pelas diferenças culturais ou pela situação em si), tenta-se dizer.

Embora entendamos que nem todos os leitores têm a psicanálise como base teórica e de atuação, traremos aqui um conceito importante para ilustrar como podem se dar esses encontros. O ‘narcisismo das pequenas diferenças’, termo cunhado por Freud em 1930, se manifesta à medida em que o encontro com o diferente proporciona prazer ou desprazer. Dentro desse conceito, Freud apresenta que,

não meramente esse estranho é, em geral, indigno no meu amor; honestamente, tenho que confessar que ele possui mais direito a minha hostilidade e, até mesmo, do meu ódio. Não parece apresentar o mais leve traço de amor por mim [...]. Se disso ele puder auferir uma vantagem qualquer, não hesitará em me prejudicar (Freud, 1930, p. 115).

Assim sendo, se estamos falando de grupos que podem já estar em situação de vulnerabilidade e que parte dessa vulnerabilidade se dá justamente por conta das diferenças colocadas, estigmatizações, exclusões (inclusive de acesso ao sistema de saúde, seja por desconhecimento do sistema ou do idioma) e outras formas que incidam sobre o resultado do cuidado necessário, olhar para aquele que demanda cuidados em uma situação de crise exigirá também um olhar sobre o que mais nele incide por sua condição de estrangeiro. Para além disso, perceber de que forma a presença do estrangeiro mobiliza nosso próprio psiquismo e coloca em questão o que consideramos nossos códigos culturais é fundamental para que se preste o cuidado necessário e adequado ao outro, evitando, assim, reproduzir relações que acentuem as diferenças.

O oferecimento dos PCP em diferentes culturas: O que observar

Quanto o povo perde a tradição, quer dizer que se quebrou o laço social;

E quando se quebra o laço social, resulta que se quebra o laço social entre a minoria e o povo.
 E quando se quebra o laço entre a minoria e o povo, acabam a arte e a verdadeira ciência,
 Cessam as agências principais, de cuja existência a civilização deriva
 (Pessoa, 2013, p. 210).

O manual de Primeiros Cuidados Psicológicos elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2015) apresenta os seguintes pontos de atenção quando no cuidado a pessoas de culturas diversas. São pontos que nos ajudarão a pensar o que deve ser levado em conta ao nos acercarmos de sobreviventes não só em situações que caracterizem os PCP, mas também em qualquer trabalho com uma população que traz traços culturais distintos dos que identificamos como sendo nossos. No decorrer deste capítulo, os trataremos de maneira mais aprofundada, conforme mostra o quadro 1:

Quadro 1 – PCP em diferentes culturas

Vestuário	Preciso me vestir de uma maneira específica para ser visto como respeitoso? As pessoas impactadas precisarão de determinadas roupas para manter dignidade e costumes próprios?
Idioma	Qual é a maneira usual de cumprimentar as pessoas nesta cultura? Qual é o idioma que eles falam?
Gênero, idade e poder	As mulheres afetadas deveriam ser abordadas apenas por profissionais do sexo feminino? Quem eu devo abordar? (em outras palavras, o/a chefe de família ou a comunidade?)
Toque e comportamento	Quais são os costumes no que diz respeito a tocar as pessoas? Há problema em segurar a mão de alguém ou tocar o ombro das pessoas? Existem elementos especiais a serem considerados em termos de comportamento com pessoas idosas, crianças, mulheres ou outras pessoas?
Religião e crenças	Quais são os diferentes grupos étnicos e religiosos dentre as pessoas afetadas? Quais crenças ou práticas são importantes para as pessoas afetadas? Como podem entender ou explicar o que aconteceu?

Fonte: OPAS (2015).

A pergunta aqui é: Entendemos que nossa própria forma de se vestir, cumprimentar, as hierarquias sociais e crenças são também estranhas a quem vem de fora? É importante considerar essa questão, pois, ao tratarmos da alteridade, estamos também considerando que o encontro entre diferentes culturas poderá causar estranhamento ao que é, afinal, estranho para ambas as partes envolvidas. As vestimentas, a língua, os comportamentos sociais, a comida, as religiões, crenças e seus rituais são códigos culturais que falam ao sujeito quem ele é. Essa premissa é válida, portanto, tanto para o estrangeiro como para quem é habitante do lugar. A possibilidade de manifestação da cultura permitiria manter a integridade psíquica do sujeito e é precisamente por esse motivo que a atenção a esses códigos se faz primordial na atenção oferecida a ele. Para Kaës (1978, p. 12), a cultura tem a função de “aportar um aparato psicossocial que assegure a continuidade supletória e a contenção da experiência de ruptura⁵”. Quando reconhecemos e respeitamos as nuances culturais no outro, estamos, ao mesmo tempo, o reconhecendo. Passemos, assim, a abordar os pontos destacados acima.

O vestuário é como nos apresentamos ao mundo e, de certa forma, indicar a que grupo pertencemos. Não é necessário pensar simplesmente no estrangeiro ao trazermos essa observação. Ao observarmos as diferentes formas de se vestir dentro do microcosmo de uma cidade, vemos como elas servem como códigos culturais que procuram indicar status socioeconômico, interesses musicais, religião, pertencimentos a um determinado grupo, portanto. Servem para esse propósito ternos e gravatas, saltos altos, camisetas com estampas de rock, grossos colares, bonés, a roupa do trabalho, a roupa do fim de semana, saias compridas demais ou curtas demais, onde até esse “demais” é uma determinação cultural que dirá o que é meu e o que é do outro. No campo específico da religião, veremos diferentes formas de cobrir a cabeça para as mulheres e para os homens, que por sua vez também apontarão não apenas para a religião, mas para outras origens regionais, adornos e vestimentas consideradas apropriadas para cada ocasião, cerimônia ou ritual. Segundo Brum Neto e Bezzi (2008, p. 259)

O vestuário é um código cultural que se modifica constantemente ao longo da evolução histórica das sociedades, principalmente, em

⁵ Traduzido do espanhol pela autora.

virtude das concepções morais dos grupos sociais e, mais atualmente, pelos ditames da moda. Em geral, os “trajes típicos” fazem parte do folclore das culturas, pois na atualidade há certa homogeneização deste código cultural. No entanto, cada peça é desenvolvida de acordo com as crenças, os valores e as ideologias culturais, dotados de simbologia própria.

Ao nos transpormos a um cenário de desastre, o imediatismo da situação poderá significar a impossibilidade de portar vestimentas que façam o papel da representação cultural e social aos afetados⁶. Informar-se sobre recursos disponíveis para oferecer vestimentas adequadas e que restabeleçam uma certa dignidade possível diante daquele cenário, é também parte do cuidar. Roupas sujas, rasgadas, molhadas, partes do corpo que comumente, por razões culturais e/ou religiosas, ficam cobertas estarem à mostra, calçados perdidos ou desconfortáveis deverão dar lugar a um vestuário minimamente confortável, tanto do ponto de vista físico, quanto moral. Evidentemente, será compreensível que, na prática e em um primeiro momento, não haver à disposição o que for necessário para suprir de maneira satisfatória tal demanda. Entretanto, é preciso levar tais detalhes em consideração. Poderá não caber a quem oferece os PCP buscar vestes e calçados, mas informar-se para poder informar será parte do trabalho.

No ponto seguinte, temos o idioma. A língua é um dos códigos culturais mais evidentes. E não nos atemos à língua enquanto um determinado idioma. Tratamos também da forma como ele é falado, com suas diversidades, sotaques, vocabulários que, da mesma forma, também tem o poder de apontar estratos sociais e regionais. Para além disso, o não conhecimento do idioma local para o estrangeiro levará ao desafio de se buscar formas de comunicação possíveis, caso quem ofereça o cuidado não conheça o idioma daquele a quem este cuidado é oferecido. Este mesmo desconhecimento e impossibilidade de comunicação poderá fragilizar ainda mais as condições de crise relacionadas ao evento onde os PCP são convocados. O fato de que a língua é um constituinte essencial na construção da lógica de uma narrativa e em uma situação de crise, o que já é difícil de narrar torna-se, na irrealizabilidade de um diálogo com seu interlocutor, angustiante.

⁶ A preferência da autora pelo termo “afetado” ao termo “vítima”, considera o termo atualizado pela ONU/UNISDR e se dá aqui com o intuito de colocar o sujeito de forma ativa, próprio de suas possibilidades e singularidades, evitando a colocação deste em um lugar passivo e, de certa forma, meramente assistido por sua condição.

Essa angústia se relaciona com a momentânea ou já anteriormente vivida ausência de outros com os quais possa identificar códigos comuns, entre eles a língua, diante de alguém que, por não falar seu idioma, evidencia sua própria diferença e sua estrangeiridade. Temos diante de nós um sujeito que vive uma sobreposição de rupturas. Nesse aspecto, retomamos Kaës, ao nos dizer que

a ruptura questiona dolorosamente no sujeito a continuidade de si mesmo, a organização de suas identificações e ideais, o uso de mecanismos de defesa, a coerência de sua forma pessoal de sentir, de atuar e de pensar, a confiança em seus laços de pertencimento a grupos, a eficácia do código comum a todos aqueles que, como ele, pertencem a uma mesma forma de socialização e cultura (Kaës, 1978, p. 27, tradução nossa).

Diante da urgência da atenção, precisaremos recorrer a recursos intermediários para estabelecer a comunicação necessária, ainda que não possibilitem a mesma fluidez que haveria no contato entre pessoas que tenham idioma e outros códigos culturais em comum. A tecnologia oferece tradutores de texto online, tendo como exemplo mais recorrente o Google Tradutor. Usuários desse recurso poderão ter notado que as traduções nem sempre são fiéis ao que se pretende dizer e o resultado poderá ser frustrante. Entretanto, o ato em si de buscar alguma maneira de comunicação é, *per se*, uma forma de cuidado. Alguma atenção deve ser dada à forma de usar tal ferramenta. Será necessário evitar frases longas, o que aumenta o risco de traduções equivocadas e, caso o que for escrito pela pessoa atendida não esteja claro ou esteja confuso, será preciso se certificar sobre o que se tentou dizer, em especial no caso de se tratar de alguma informação importante para a prestação dos cuidados mais urgentes. Esse vai-e-vem de palavras intermediadas por um dispositivo mecânico pedirá que a presença e a disponibilidade para o cuidado se evidenciem através de outras formas de linguagem para além das palavras. Entretanto, os que prestam cuidados devem estar atentos às suas próprias angústias relacionadas às dificuldades de comunicação, reconhecendo que o cuidado está sendo oferecido de acordo com os recursos possíveis.

Outro recurso é o do intérprete. Essa figura, para além de alguém que traduz entre as partes o que se quer transmitir, poderá ser um mediador cultural. Para Kaës (2012, p. 86, tradução nossa), o intérprete

efetua, assim, uma operação dupla de tradução, quer dizer, de conduzir sentido através das fronteiras do estranho e do familiar e

entre sujeitos diferentes que não podem fazer sentido um para o outro que não seja por sua prestação mediadora.

De todos os modos, o essencial numa circunstância que requer os PCP, será tornar-se disponível e identificar, como é o objetivo desse tipo de cuidado, o que a pessoa precisa de maneira imediata.

No ponto sobre gênero, idade e poder, falamos aqui de lugares ocupados, dentro de uma sociedade. Perguntar-se que, para uma determinada cultura, apenas mulheres devem interceder por outra mulher, como no exemplo dado anteriormente, é uma de muitas questões. Uma das indicações de intervenção em contextos de emergências e desastres, no que tange aos PCP, é que se identifiquem essas funções sociais para que elas possam, dentro do possível, se verem manifestadas e reconhecidas nos agrupamentos que possam se formar, seja de maneira espontânea, seja através de da intervenção dos agentes cuidadores. A primeira medida, válida independentemente de se tratar de pessoas de origens culturais diferentes, é identificar se há, entre os sobreviventes, familiares e próximos. Esta é uma forma de restabelecer laços e redes de apoio.

Um cuidado específico, quando se trata de grupos de origens culturais diversas, é não presumir que pessoas, por serem de um mesmo país ou região, se identificariam entre si. Existem países com uma grande diversidade étnica, com seus próprios códigos culturais e com determinações específicas sobre como seus membros ocupam lugares em suas sociedades. Esses grupos podem, inclusive, viver conflitos em seus países de origem, fator que precisa ser respeitado, buscando formas de agrupamento que tragam, sobretudo, uma certa familiaridade entre as pessoas que ali estão. Segundo Freud (2019, p. 33), “quanto mais uma pessoa se orienta por aquilo que se encontra em sua volta, menos é atingido pela impressão de *infamiliaridade* quanto às coisas e aos acontecimentos”.

Uma discussão sobre estruturas de poder dentro de uma cultura nos leva a pensar, por exemplo, quais são os lugares da mulher e do homem num sistema patriarcal ou, ainda, o racismo estrutural apontando para formas de tratamento distintas a pessoas negras e pessoas brancas. Os PCP não estariam, diretamente, a serviço de quebrar essas estruturas ou de mantê-las, mas de tê-las em conta ao se levar cuidados para determinados grupos, sem perder de vista violências que podem se manifestar

precisamente por conta das relações de poder que advém de tais estruturas. É fundamental que todos os sobreviventes possam receber atenção adequada dentro das necessidades que apresentam, uma vez que podemos nos deparar com pessoas que reivindicam para si maior atenção por conta de seu gênero, posição social, cor, idade e origem. Ou seja, essas mesmas estruturas tenderão a se manifestar dentro de um microcosmo, tal qual é um espaço que acolhe um número considerável de sobreviventes. Reconhecer algumas vulnerabilidades por conta disso toma parte também do cuidado a fim de evitar novos danos num contexto já potencialmente permeado de reveses.

Assim, em determinadas culturas – e respondendo ao ponto levantado pelo guia da OMS reproduzido aqui -, uma mulher poderá sim se sentir mais segura e confortável ao ser atendida por outra mulher. E oferecer um ambiente de segurança é um dos principais eixos dos PCP. Não podemos deixar de fora o fato de que as relações de poder em um grupo podem se manifestar através de abusos sexuais, dos quais a mulher deve ser protegida, e tanto o medo de sofrer tal violência como a dificuldade em se falar de uma que já ocorreu exigirá um espaço de escuta que reconheça esses temores. Isso não significa, de forma alguma, que uma figura masculina não poderá oferecer esse espaço, mas que compreender em que lugar esta mulher é colocada ou se coloca dentro de seu grupo cultural será um ponto a considerar no momento de pensar como se oferecerá essa escuta.

Quanto à idade, vale a premissa usada quando falamos em PCP orientada segundo cada idade, que dirá o quanto se compreenderá do que acontece ao redor. Aliar essa observação a questões culturais permitirá identificar as responsabilidades atribuídas por idade dentro de uma sociedade. A título de exemplo, em algumas culturas, crianças maiores fazem parte do cuidado das crianças menores. Membros desta sociedade poderão exigir-lo e, entretanto, ao mesmo tempo os agentes cuidadores deverão observar de que maneira as crianças maiores poderão estar impactadas pela situação de crise. Por outro lado, sabendo que envolver crianças e adolescentes nas atividades de um espaço de cuidado pode ser benéfico, uma vez que passam a tomar parte das ações de forma ativa, a maneira como isso é feito pode se aliar a ações já familiares àquele grupo. Em tempo, o próprio conceito de adolescência não é universal. Moraes e Weinmann (2020, p. 293) nos trazem que “a ideia de adolescência articula-se às definições que cada cultura oferta. Nessa perspectiva, não haveria uma adolescência

universal ou natural, mas várias adolescências construídas (quando o são) por determinadas culturas”. Por isso mesmo, jovens que em nossa sociedade seriam tomados, pela idade, como adolescentes e tudo o que isso significa em nossa cultura, poderão viver diferentes rituais de passagem da vida infantil para a vida adulta sem que haja, necessariamente, uma fase intermediária, que é como conhecemos a adolescência.

O ponto seguinte, “toque e comportamento”, nos fala precisamente de posturas tidas adequadas para a aproximação e o contato inicial com a pessoa a ser assistida. Perceber que o que é natural e familiar para si pode não ser para o outro é essencial tanto para o primeiro acercamento quanto durante o processo de cuidado. Um gesto com intencionalidade de demonstrar empatia e afeto, tal qual uma sobreposição de mãos, um acarinhamento no ombro ou um afago no braço nem sempre simboliza o mesmo em outras culturas e tampouco pode ser bem visto se ocorrem entre pessoas de diferentes gêneros. Veremos que até mesmo formas de cumprimento podem variar de cultura a cultura. O aperto de mão, tão comum em culturas ocidentais, é menos comum ou inexistente em algumas culturas orientais. Até mesmo em um mesmo país, podem haver variações, o que é, inclusive, observado no Brasil: um beijo no rosto em São Paulo, dois no Rio de Janeiro. E beijar no rosto é só mais um exemplo de gestos que, além de suas variações, pode parecer demasiado íntimo em outros lugares.

Ao se aproximar de alguém cuja origem cultural é distinta, os fundamentos dos PCP devem prevalecer: oferecer segurança, calma e informação. A empatia pode se fazer presente desta forma e a confiança estabelecida servirá para que a pessoa assistida consiga, ela mesma, agir dentro do que lhe é familiar para buscar uma aproximação maior. O comportamento, dentro disso, trata de outras linguagens e sinais que exibirão respeito. A maneira de sentar-se, o cruzar as pernas (em culturas árabes, mostrar a sola do sapato pode ser extremamente ofensivo), a forma de olhar, observar uma distância que indique presença sem ser intrusiva, a maneira de se apresentar, de pedir para que o outro se apresente.

“Não existem ateus em um avião em queda”. Com esse argumento popular, há o pressuposto de que, em uma situação de crise, todos recorreriam a suas crenças divinas. Dentro disso, devemos lembrar que tanto as pessoas a serem assistidas quanto a equipe a oferecer os cuidados carregam em si suas próprias crenças. O encontro dessas crenças e o quanto elas podem aparecer nas narrativas é, assim como já tratado nos pontos anteriores, tema de atenção. Ao tratar da relação entre religião e política,

Durkheim (1912, p. 39)⁷ *apud* Binkowski (2021, p. 44): “Não há, portanto, religiões que sejam falsas. Todas são verdadeiras à sua maneira: todas respondem, de maneiras diferentes, a condições determinadas da existência humana”. E obviamente, ao contrário do que tenta fazer crer a citada frase popular, não recorrer a nenhuma religião também poderá ser identificado entre as pessoas presentes no espaço de intervenção.

Na tentativa de oferecer algum amparo a quem é atendido, respostas ‘fáceis’ como: “Deus vai ajudar”, “Foi a vontade de Deus”, afasta a possibilidade de escuta sobre outras necessidades que se calam diante de tais expressões. Ainda que tanto a pessoa assistida quanto quem oferece o cuidado compartilhem de crenças semelhantes, a neutralidade religiosa é necessária para dar espaço a acolher outros sofrimentos psíquicos que possam se expressar, mesmo que, durante a narrativa, a pessoa assistida manifeste sua religiosidade.

A diversidade religiosa que se apresenta pode confrontar questões e opiniões pessoais por parte dos agentes cuidadores, que devem, entretanto, ater-se aos objetivos dos cuidados prestados. Esse é um tema que ilustra bem o que se produz no encontro entre culturas diferentes, já que o que se pensa sobre religiões diferentes da própria ou até mesmo da ausência de uma crença é parte do que nos forma enquanto sujeitos dentro de uma cultura e o que acreditamos aprender e saber sobre elas. Ainda, algumas culturas têm a religião como guia das regras sociais e legais, como é o caso de alguns países muçulmanos, enquanto outras, com Estado laico, admitem uma certa diversidade religiosa. Como nos dizem Bartsch et al. (2020, n.p.),

Além disso, o entendimento do que é uma situação que representa uma ameaça à vida se dá através de crenças e vivências de cada indivíduo. Nesta direção, para o trabalho de informar e orientar, torna-se fundamental a identificação de membros da comunidade que possam repassar as mensagens ao seu grupo de pertencimento, criando uma relação de confiança sobre o que está sendo dito.

Dentro do próprio território brasileiro, o cristianismo enquanto crença religiosa predominante irá encontrar uma diversidade de ramificações, entre as principais as igrejas católicas, protestantes e neo-pentecostais, assim como encontraremos seguidores de religiões de matriz africana, como a umbanda e o candomblé, ou ainda o judaísmo, o espiritismo, o budismo, o islamismo, etc. Teremos que nos preocupar, desta maneira, com formas de encontrar um convívio harmonioso entre tantas diversidades dentro de

⁷ DURKHEIM, E. *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: CNRS Editions, 1912/2007

um mesmo espaço, sem que se imponha uma religião ou crença em detrimento de outra e nos concentrarmos na ideia de que cada crença dá sentido, à sua maneira, ao que acontece individualmente e ao entorno, incluindo como lidar com situações de perdas e de luto, que comumente envolvem rituais específicos de despedida. Oferecer essa possibilidade, ainda que não precisamente a reprodução integral desses rituais, pois nem sempre isso será possível, é importante para responder a o que eles significam. Poder acender velas, criar um espaço ecumênico, ouvir dos próprios sobreviventes sugestões para a realização das manifestações religiosas no que diz respeito ao luto são algumas sugestões.

Vimos, até aqui, a questão do encontro com uma gama de diversidades e como atuar diante delas. No próximo ponto, falaremos da proposta da interculturalidade enquanto fornecedora de ferramentas para compreender não apenas o diferente do outro, mas também o que, em nós, é diferente ao outro, proporcionando, nesse encontro, algum enriquecimento.

A interculturalidade enquanto proposta de intervenção

Quando eu te encarei frente a frente não vi o meu rosto
Chamei de mau gosto o que vi, de mau gosto, mau gosto
É que Narciso acha feio o que não é espelho
E à mente apavora o que ainda não é mesmo velho
Nada do que não era antes quando não somos Mutantes
(Veloso, 1978).

Não há uma cultura que prevaleça, que seja superior ou que domine a outra. O que há, são muitas culturas e a interação entre elas deve não criar distâncias ou diferenças, mas enriquecer aos envolvidos nesse encontro. Essa é a premissa da interculturalidade considerando que cada cultura terá suas particularidades. Mas antes de entrarmos nela, vejamos alguns termos que também tentam, à sua maneira, dar conta dessa diversidade, entre elas a multiculturalidade e a transculturalidade.

A multiculturalidade admite a existência de diversas culturas, que embora entrem em contato umas com as outras, não se misturam. Esta lógica se aproxima à da colonização, com culturas que podem se impor umas às outras, na qual uma se

considera ‘a certa’ em detrimento da outra cultura. Weissmann (2018, p. 24) nos remete ao que os antropólogos chamam de ‘a lógica do um’,

que só tem uma verdade a seguir e uma forma de pensar o mundo. Aquela forma única não admite contraponto de ideias, nem ser discutida ou questionada. Baseia-se em uma lógica binária, na qual uma ideia é correta e outra é diferente e incorreta, só se complementando ideias similares e tentando se afastar aqueles conceitos que contrariam o pensamento predominante.

A transculturalidade, por sua vez, admite uma troca de ideias, buscando possibilidades de encontro. Na terapia transcultural, criada por Georges Devereux, na qual se buscam conexões entre presente e passado para aqueles que migram para outra cultura, Weissmann (2018, p. 25), aponta a tentativa de se

criar um diálogo entre a história do paciente, os conflitos internos e os diferentes universos sociais e simbólicos que os atravessam. É uma teoria dinâmica a qual procura uma constante discussão entre o social como contexto simbólico do migrante e sua dinâmica intrapsíquica, e a consequente modificação que apareça a partir do diálogo.

A transculturalidade também considera a cultura materna enquanto forma de aproximação com as próprias origens, e desta forma permitir a manutenção da própria existência no exílio. Também de grande valor, essa corrente reconhece a complexidade humana, sem fazer com que as diferenças sejam entendidas como entraves para a compreensão daquele a quem se oferecem os cuidados.

A interculturalidade, por fim, destacando-se aqui o prefixo ‘inter’, pensa no intermediário, na interação que estabelece uma conexão ou uma junção que, ainda assim, preserve a particularidade de cada um. Nessa proposta, seria como dizer que há uma espécie de negociação, onde se reconhece que uma cultura é diferente da outra, mas há espaço para que elas se escutem e dialoguem, sem imposição ou sobreposição. Os incômodos, desconfianças e mal-entendidos acabam por servir de indícios de como esse encontro provoca questionamentos sobre os próprios códigos culturais, ao se deparar com códigos alheios. À medida em que nos abrimos para compreender os produtos desses encontros, no lugar de se criar distanciamentos a fim de evitar o desprazer do diferente, a interculturalidade levará ao enriquecimento através da ampliação de novos horizontes e da criação de novos laços.

Ao contrário do que se possa imaginar, o processo da interculturalidade não significa apagar diferenças ou desigualdades, mas sim reconhecer que elas existem, que fazem parte de uma construção cultural e que será natural nos depararmos com essas diferenças num ambiente onde se encontrem pessoas de diversas origens. Da mesma maneira, o encontro poderá buscar conexões através das semelhanças, do que é familiar a todos, do que é, sobretudo, humano.

Uma intervenção que considere a interculturalidade permitirá ao cuidador, ao olhar para o outro, olhar para si próprio e aceitar o estranhamento causado pelo encontro com o diferente, admitindo, ainda, que também ele é diferente para alguém. Este outro, no caso de nosso capítulo, migrante que já vem permeado de suas estrangeiridade advinda de rupturas, processos migratórios e busca de sobrevivência física e psíquica nesse novo lugar, provavelmente afetado pela situação de crise na qual os PCP são oferecidos, poderá se beneficiar do reconhecimento de suas diferenças, no que esperamos, possa reduzir em alguma medida outros sofrimentos relacionados à situação na qual ele se encontra. O eixo dessa reflexão é precisamente observar de que maneira nos preparamos para o encontro com esse outro que é para nós, estrangeiro, colocando-nos, nós mesmos, como estrangeiros de um outro. O principal trabalho é estabelecer pontes não só entre cuidador e o que recebe cuidados, mas também estabelecer pontes desse migrante com esse lugar que lhe é estrangeiro.

Conclusões

O trabalho feito através dos PCP possui bases e objetivos condutores para as intervenções necessárias, considerando-se observar maneiras de oferecer segurança, dignidade, informar-se e informar sobre outros cuidados necessários, adequando-se à diversidade cultural. Desta maneira, o que vimos nesse capítulo, permeia um pilar fundamental no que diz respeito aos cuidados prestados, que é não apenas oferecer os cuidados de maneira técnica e pontual, mas tomar o desafio de compreender toda a complexidade humana em sua diversidade, para que esse cuidado seja efetivo.

A cultura, enquanto norteadora de maneiras de pensar, agir, reagir e existir, tem o poder tanto de reunir pessoas como de opô-las. Ter em conta que somos nós mesmos produtos de uma cultura e de seus códigos é entender que, ao nos depararmos com uma cultura diferente, ela dirá algo não só do outro, mas também de nós. Um estrangeiro à

terra, em seu processo migratório, poderá estar experienciando o desamparo, ao mesmo tempo em que poderá nos indicar sua própria forma de compreender o que lhe acontece. Devemos estar atentos a isso, ainda que, num primeiro instante, possa não nos fazer sentido. E ainda que jamais o faça, será função do prestador dos PCP reduzir a sensação de desamparo ao reconhecer as diferenças, respeitá-las e entender-se como diferente também.

Por fim, uma situação de crise dificilmente será uma situação de encontros fáceis, a depender, principalmente, das demandas advindas dos sobreviventes a ela. Entretanto, o encontro poderá ser mais brando a ambos, quando até mesmo a barreira da língua e a diferença da cultura é transposta pela busca de se oferecer ao outro o que é preciso naquele momento, sabendo-se que o encontro humano pode também ser um trabalho responsável e profissional, pelo simples fato de ter-se respeitado códigos culturais valiosos a quem se cuida.

Referências

ACNUR. **Refugiado ou Migrante?** O ACNUR incentiva a usar o termo correto. 2015. Disponível em: <https://www.acnur.org/br/noticias/comunicados-imprensa/refugiado-ou-migrante-o-acnur-incentiva-usar-o-termo-correto>> Acesso em: 28 agosto 2025

BARTSCH, J. **Estrangeiro do outro, estrangeiro de si:** o (re)conhecer-se para imigrantes e refugiados da República Democrática do Congo na cidade de São Paulo. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. DOI:10.11606/D47.2021.tde-12082021-215706.

BARTSCH, J. *et al.* **Pessoas imigrantes, apátridas e solicitantes de refúgio.** Brasília, DF: CEPEDES/FIOCRUZ, 2020.

BAUDELAIRE, C. **Pequenos poemas em prosa.** Rio de Janeiro: Record, 2009.

BINKOWSKI, G. I. A psicanálise e sua estranheza frente à religião. **Boletim Formação em Psicanálise**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 39-55, 2021. Disponível em: <https://revistaboletim.emnuvens.com.br/revista/article/view/27/26>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRUM NETO, H.; BEZZI, M. L. A materialização da cultura no espaço: os códigos culturais e os processos de identificação. **Geografia**, Rio Claro, v. 33, n. 2, p. 253-267, maio/ago. 2008.

FERNANDES, M. I. A. Trauma e exílio, as inscrições na memória da imigração brasileira. In: MATOS, O.; MILAN, D. (org.). **Gemas da terra: imaginação, estética e hospitalidade**. São Paulo: SESC, 2015. p. 313-328.

FREUD, S. **O Infamiliar (1919)**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

KAËS, R. Différence Culturelle, souffrance de la langue et travail du préconscient dans deux dispositifs de groupe. In : **Différence culturelle et souffrances de l'identité**. Paris, Dunot, 2012

KAËS, R. El apoyo grupal del psiquismo. In: **Temas de psicología social**. Buenos Aires: PUC Rio, 1978. p18-34

MORAES, B. R.; WEINMANN, A. O. Notas sobre a história da adolescência: transformações e repetições. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.280-296, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v25i2p280-296>.

OPAS. **Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores em campo**. Brasília, DF: OPAS, 2015. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/GUIA_PCP_portugues_WEB.pdf Acesso em 19/08/2022.

PESSOA, F. **Livro do desassossego**. Lisboa: Relógio D'água Editores, 2013.

PODCAST com o credo na boca. Ep 47 Julia Bartsch: **O corpo na migração forçada e o lugar onde colocamos o estranho**. Locução de: Julia Bartsch e Patrícia Câmara. Disponível em: <https://soundcloud.com/user-572529419/com-o-credo-na-boca-ep-47-julia-bartsch> . Sociedade Portuguesa de Psicossomática (SPPS), 21 jul. 2021. Acesso em: 27 maio 2022.

ROSA, M. D. **Psicanálise, política e cultura: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento**. 2015. Tese (Livre-docência) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em <https://psicanalisepolitica.files.wordpress.com/2014/06/psicanc3a1lise-cultura-e-polc3adtica-livre-docencia-maio-2015impresso.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

VELOSO, C. Sampa. In: Veloso, Caetano. **Muito [Dentro da Estrela Azulada]**. [S. l.]. Phillips, 1978. 1 disco vinil.

VIÑAR, Maren; VIÑAR, Marcelo. **Exílio e tortura**. São Paulo, Escuta, 1992

WEISSMANN, L. Multiculturalidade, transculturalidade, interculturalidade. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 26, n. 27, p. 21-36, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6954201800010004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2022.

Capítulo 6

SUICÍDIOS DEFINIÇÕES, COMPREENSÃO TEÓRICA, POLÍTICAS PÚBLICAS E GRUPOS DE ACOLHIMENTO E CUIDADOS

Maria Julia Kovács

Suicídios são eventos complexos multifatoriais com tantas possibilidades, que fica muito difícil falar no singular, por isso propomos falar em suicídios, no plural. Em sentido estrito são atos intencionais, auto direcionados, cujo objetivo é a morte (Levy, 1979).

Começamos a questionar a definição, será sempre um ato intencional? O que dizer de um ato impulsivo em situação de desespero, não seria essa uma forma de cessar um sofrimento intenso, terminar a dor? Será o objetivo a morte, interromper um sofrimento intolerável ou a busca de uma nova vida? Qualquer resposta simples a essas perguntas, pode nos levar a equívocos. Há suicídios que são planejados e que tem uma preparação longa e detalhada.

A definição parece simples, mas suicídios são eventos complexos, com histórias que começam em algum momento da vida, que para ser notificado, precisa resultar em morte. Como não há um suicídio emblemático é melhor sempre falar em suicídios.

Quando consideramos um espectro mais amplo outros eventos podem ser considerados suicídios, embora não sejam notificados como tal. Cabem nessa modalidade, os comportamentos autodestrutivos, processos crônicos, que nem sempre levam à morte, as tentativas de suicídio e a autonegligência (Cassorla, 2004). A autonegligência está presente em idosos, que não querem continuar vivendo, apresentando-se como a não adesão a tratamentos, a recusa de alimentação e colocar-se em situação de risco para desenvolver doenças (Minayo; Cavalcante, 2010). Nessas situações o que se evidencia é uma ambivalência entre a busca de encerrar o sofrimento, a busca de uma nova vida e o desejo de morrer.

Observamos gradações entre o desejo de morrer ocasional em função de situações de sofrimento. Essa situação é bastante frequente, na vida de todos. A situação se torna mais complexa quando esse desejo se torna recorrente, passando a ocupar grande parte dos pensamentos habituais, podendo ser acompanhada de comportamentos autodestrutivos, ou exposição a situações de risco sem proteção. Nos passos seguintes verifica-se a intencionalidade, ao planejar o ato de morrer, primeiro em pensamento e depois em ações, que resultam em tentativas de suicídio, essas já com grau significativo de letalidade. Quando essas se tornam recorrentes o risco de suicídio aumenta de forma significativa (Botega, 2015; Cassorla, 2004;). Assim se desfaz um mito: quem quer morrer não avisa. As estatísticas mostram uma realidade bem diferente. As tentativas de suicídio podem ser um importante fator de comunicação de algo que não vai bem na vida da pessoa, se esse sinal não for ouvido poderá resultar em outras tentativas e em uma delas a morte poderá ocorrer (Shneidman; Farberow, 1959). Por outro lado, é importante considerar, que no caso de tentativas únicas, elas podem ser um alerta para a pessoa que leva um susto com sua ação de risco para a vida e vai buscar ajuda, tendo assim a possibilidade de ser cuidada. Por isso é tão importante que, ao chegar no hospital, as pessoas que tentam suicídio sejam acolhidas e cuidadas com respeito, não com rejeição e violência por terem colocado sua vida em risco. Devem ser evitados os processos de iatrogenia, situações em que os cuidados causam ainda mais sofrimento (Kovács, 2013).

Trazemos números relativos ao suicídio, que são atualizados a cada momento. Tentativas de suicídio podem ter repetição até 25 % a cada ano e 10% acabam resultando em mortes. O Brasil está em oitavo lugar no mundo e é um dos países em que os números de suicídios têm aumentado. O que chama a atenção é o maior índice de mortes entre 15 e 29 anos, números mais altos do que as mortes por violência que já apresentam um índice alto (Scavacini, 2018). Segundo Pessini e Bertanchini (2006) é um verdadeiro holocausto.

É preciso considerar especialmente grupos de alto risco para o suicídio e que nem sempre são divulgados. Embora, os suicídios entre jovens recebam maior destaque nas pesquisas e na mídia, é entre os idosos que se observa maior incidência proporcional de suicídios. Várias são as motivações que se apresentam: alta dependência para realizar as atividades cotidianas; doenças físicas com sintomas incapacitantes e sofrimento; sentimento de inutilidade, solidão e a percepção de ser uma

sobrecarga para família. Entretanto, esses motivos arrolados não levam a notificações de suicídio, porque se manifestam na forma de autonegligência, uma forma de se deixar morrer (Kovács, 2013; Minayo; Cavalcanti, 2010). Outro grupo que apresenta vulnerabilidade são os indígenas, por várias razões, como perda das terras, das tradições, pobreza, sofrimento e eles acabam se matando como é o caso de várias etnias no Brasil (Grubits; Freire; Noriega, 2011). As pessoas LGBTQUIA+ tem seu sofrimento aumentado por serem discriminados, humilhados e por não serem aceitos pela sua própria família. Passam por situações de violência, muitos morrem jovens, e parte deles se matam antes de serem mortos (Nagafuchi, 2017).

Suicídios são eventos de ampla complexidade, como apontamos acima. Várias teorias favorecem reflexões, mas não tem sucesso em abarcar todas as facetas desse fenômeno. As teorias sociológicas têm em Durkheim, uma das principais referências. No seu livro “O Suicídio” (Durkheim, 1982), o autor divide os suicídios em: egoísta, altruísta e o anômico. Esse último se refere a uma questão pertinente para os dias atuais, uma sociedade em que a desorganização social prevalece, destruindo sonhos, ideais e possibilidades de progresso. Esse processo distópico faz com que algumas pessoas busquem a morte por não suportar o fracasso social. Observa-se nessas circunstâncias a perda de referências, a solidão e o desenraizamento, configurando uma resposta individual às pressões sociais. Nessa mesma linha, Kalina e Kovadloff (1983) em seu livro “Cerimonias da Destruição”, detalham essa anomia social, ao se referir às sociedades ocidentais capitalistas, apontando sua toxicidade, nas quais predominam a falta de solidariedade, de respeito, de tolerância, a solidão e a perda das raízes e tradições. Todas essas condições tão difíceis não “causam” o suicídio, são fatores que podem predispor a esse evento; uma resposta pessoal a uma sociedade destruidora.

As teorias psicodinâmicas desenvolvem a questão das pulsões de vida e de morte, como se pode ver na obra “Eros e Thanatos: O homem contra si próprio” (Menninger, 1965). Nessa obra, o autor refere que as pulsões de vida e de morte se confrontam, por vezes, de forma inconsciente para a pessoa. Quando a pulsão de morte predomina, a pessoa pode morrer e o suicídio é uma das formas. Ocorrem processos que se desenrolam por muito tempo, caracterizando um suicídio crônico. Essa ideia parece estranha num primeiro momento, entretanto, o autor a relaciona aos processos autodestrutivos que podem levar à morte, mesmo não sendo notificados como suicídios. Embora esses eventos sejam vistos com alta carga destrutiva, eles podem estar

associados à perspectiva de um mal menor, na medida em que são formas de eliminar o sofrimento intolerável e a morte passa a ser vista como uma forma de evitar a dor psíquica intensa.

Segundo o autor, para que ocorra o ato suicida três componentes precisam estar presentes concomitantemente. O desejo de matar é o elemento agressivo e ativo do ato suicida, que buscam eliminar os inimigos externos e os que são internalizados pela pessoa. Se o desejo de matar for exteriorizado se torna um homicídio, se atacar o objeto inimigo internalizado se torna suicídio. Como esses inimigos podem estar fora e dentro ao mesmo tempo, é frequente se observar homicídios seguidos de suicídio. O desejo de ser morto implica em processos de punição, que podem ser contra outros ou contra si próprio. Esse elemento aparece em cartas deixadas por pessoas que morreram por suicídio, expressando o desejo de se punir ou a outros, em cartas ou bilhetes deixados pela pessoa (Rabelo, 2019). O desejo de morrer é o elemento mais polêmico do ato suicida, vinculado ao elemento erótico, uma forma de cuidado paradoxal do sofrimento. Podemos pensar que o ato suicida pode ser aquele elemento que acaba por fazer com que a pessoa busque cuidados após o susto por se ver tão próximo à morte, resgatando sua vida. Daí a importância dos cuidados a serem oferecidos a pessoas que tentaram suicídio, que trazem uma vinculação à vida apesar do sofrimento (Menninger, 1965).

Vemos como os três componentes atuam em conjunto, quando um deles falta, o ato suicida acaba não ocorrendo. Como exemplos, apontamos o que ocorre quando o desejo de matar não é acompanhado do desejo de ser morto ou de morrer; a pessoa realiza o ato e logo a seguir pede ajuda. Outra situação, a pessoa quer morrer, mas não tem coragem para realizar o ato pedindo para que o ajudem. Esses paradoxos acendem um indicativo, de que a ajuda se faz necessária. De forma nenhuma devem provocar menosprezo, afirmando-se que “quem quer se matar não tenta, se mata”. É preciso trazer à consciência da pessoa em sofrimento, as ambivalências presentes quando se trata do suicídio.

As teorias fenomenológico existenciais estão representadas por Biswanger (1977), ao analisar o caso da jovem Ellen West, que apresentava grande sofrimento existencial e forte transtorno alimentar. O autor aponta que o seu mundo interior estava muito estreitado e fortemente dominado pelo mundo exterior, sem liberdade para expressar o que era o sentido existencial para continuar vivendo. O suicídio passa a ser visto como uma escolha rumo ao sentido existencial. Nessa abordagem o suicídio não é

visto como patologia. A busca é a compreensão desse processo interior, trazido à consciência.

Edwin Shneidman (1993) é um dos autores mais referenciados quando se considera que o elemento fundamental para o suicídio não são os transtornos mentais e sim a dor psíquica existencial envolvendo desamparo, humilhação, degradação moral, medo, angústia, solidão e outros elementos que tornam a vida insuportável. Lembramos que esses sentimentos não são ligados aos fatos e sim como eles são percebidos pela pessoa configurando o sofrimento psíquico existencial. A sua principal obra é “Suicide as a Psychache”, suicídio como dor psíquica, e nesse caso se matar é uma forma de eliminar essa dor e o sofrimento intolerável. Segundo o autor, o sofrimento está vinculado à frustração das necessidades básicas, na percepção do sujeito. A pessoa em sofrimento, muitas vezes, tem o que Shneidman (1996) chama de “tunneling”, visão em túnel, em que o suicídio aparece como a única saída para o sofrimento.

Não há uma causa única para o suicídio, diversas são as motivações, lembrando que quem sabe da verdade sobre o que motivou o ato é a própria pessoa; e se ela morre, a verdade vai com ela (Fukumitsu, 2019). Não estamos buscando causas ou explicações, lembrando que múltiplos fatores podem estar presentes, sendo essencial conhecê-los. Segundo Bertolote, um dos psiquiatras mais conhecidos na área da suicidologia, os seguintes fatores podem ser predisponentes ao suicídio, tratando-se de uma contextualização que circunda o ato suicida, mas não são causas: sexo masculino (homens realizam o ato suicida e mulheres tentam numa busca possível de ajuda, portanto com menos mortes por suicídio), idade, histórico familiar de suicídio, alcoolismo e drogas, tentativas prévias, transtornos mentais, doenças físicas e sofrimento, desesperança, solidão, abuso, humilhação, anomia social. Essas condições podem apontar para o risco de suicídio (Bertolote, 2012).

Segundo o autor, os fatores precipitantes, são vistos como causas porque ocorrem próximos ao ato suicida. Embora não sejam causas podem se transformar em eventos disparadores de uma condição, que está presente há algum tempo; a chamada gota de água. Entre os fatores precipitantes observamos: perdas por morte, separação, ruptura amorosa, rejeição, alta de internação psiquiátrica, perda de emprego. Ressaltando, nenhum desses fatores sozinhos são causa única de suicídios.

Sempre que se fala em prevenção temos que considerar as cartilhas com os chamados sinais de alerta, que podem ajudar a prestar atenção em quem pode estar em

risco. Fatores de risco não significam suicídio iminente e sim situações a serem acompanhadas. Lembramos que os suicídios podem ter prevenção, mas nunca com a certeza de que serão evitados. Se pudéssemos impedir todos os suicídios, esse evento não estaria mais presente na história da humanidade; muito pelo contrário, eles estão em número ascendente. Os sinais amplamente divulgados nas cartilhas são: mudanças bruscas de comportamento; alterações de sono, alimentação e atividades diárias; sentimentos de desvalia e desesperança; ambivalência entre vida e morte. É fundamental ressaltar que os sinais nem sempre são evidentes, às vezes, são deliberadamente camuflados porque algumas pessoas não querem tornar sua intenção visível e não querem ser impedidas na sua ação. Não perceber os sinais pode levar os enlutados a um grande sofrimento pelo sentimento de culpa (Scavacini, 2018).

Suicídios têm fatores de risco e de proteção. Mesmo estando presente grande sofrimento, com risco para a morte, há fatores de proteção, que podem balancear os de risco, entre eles citamos: sentimento de valor pessoal; confiança em si; disposição para buscar ajuda; família presente e acolhedora; a inserção na comunidade; bom relacionamento com amigos; espiritualidade ligada ao sentido de vida, sem características punitivas.

É importante observar o que a tentativa de suicídio e a morte por suicídio nos comunicam, o que não consegue ser dito em palavras. Se a morte não acontece a própria pessoa poderá contar a quem se dispõe a ouvir com atenção, transformando ações violentas em palavras, com elaboração e ressignificação. Entretanto, se a morte ocorrer, cartas e bilhetes podem transmitir esse não dito: punição para si e para a pessoa querida, agressão para si e para o outro, acusações, explicações, pedidos de perdão, sentimentos e conflitos, controle sobre o que não conseguiu em vida. Há pesquisas que analisaram alguns desses escritos para compreender o que não pode ser falado (Dias, 1991; Rabelo, 2019).

Suicídios suscitam várias questões éticas e estimulam mais perguntas, que não pedem respostas simplistas. Essas últimas podem ilusoriamente acalmar a pessoa e aliviar a culpa intensa que o evento provoca. É fundamental ter o respeito à pessoa que deseja morrer e realiza atos para encerrar a vida, sem jogar a culpa sobre ela ou a seus familiares e amigos. Questionamos de quem é a vida afinal? Trata-se da busca de sentido, do lugar no mundo, da liberdade e da escolha dos rumos da vida. Todos temos

direito à vida e à morte com dignidade. Todos merecem respeito e tolerância, principalmente quando há sofrimento intenso e desejo de morrer.

É preciso evitar respostas genéricas quando se entra em contato com a história de uma pessoa em sofrimento e que busca aliviar esse sofrimento numa tentativa de suicídio. O ato suicida é pessoal, ocorre em um ambiente, num contexto sócio-histórico-cultural. Estão incorrendo em erro, os que consideram o suicídio uma questão somente da pessoa ou vinculado unicamente com questões sociais. Trata-se de um fenômeno multifatorial. O suicídio nunca é a única opção para amenizar o sofrimento, é uma das possibilidades que se apresenta para a pessoa naquele momento, mas poderá não ser em outro. Assim podemos auxiliar pessoas a encontrarem outros caminhos para lidar com sua dor.

Suicídios são carregados de estigma e tabu. A principal questão a ser debatida é se falar sobre o tema pode induzir as pessoas a realizar o ato suicida. Comprovadamente, silenciar diante dessa situação não diminui o número de atos contra a própria vida. Em anos de silêncio, o número de suicídios tem aumentado de forma significativa. As campanhas mostram a importância de se falar sobre o tema, com os cuidados necessários para respeitar pessoas que consideram terminar suas vidas e, por outro lado, não transformar os suicídios em espetáculos, induzindo outras pessoas ao ato. A questão do “contágio”, é lembrada quando se fala ou se apresenta a história de pessoas que se mataram e como elas podem estimular outras pessoas. O que pode aumentar essa corrente é exaltar os suicídios, as imagens, o espetáculo, sem apresentar possibilidades de cuidados para quem precisa (Hwang, 2018).

O estigma associa o suicídio a crime contra si próprio, auto assassinato, loucura, desvario moral e por essas representações, pessoas com ideação ou tentativa de suicídio são perseguidas e encarceradas em instituições, que desenvolvem tratamentos de contenção e isolamento. Mais recentemente, suicídios são associados a transtornos mentais, compreendendo que pessoas que desejam morrer e se matam são psicóticas. Essa visão atribui a questão do suicídio somente à pessoa, num processo de culpabilização, que a impede de conseguir emprego e de ter que arcar com despesas dos tratamentos, porque os planos de saúde não as cobrem. Vemos o paradoxo, suicídios ligados a doenças mentais e planos de saúde, que não aceitam cuidar. Ver o suicídio como doença gera tratamentos em que prevalece a internação compulsória e o uso de medicação, que dopa e tira a vontade da pessoa. Provocam comportamentos de

vigilância e controle, retirando a autonomia da pessoa. Longe de consenso, suicídios ainda são ocultos e silenciados. O imperativo ético é buscar atitudes e ações que diminuam o tabu, com informação e esclarecimento.

Questões éticas envolvem a oferta de cuidados a pessoas com ideação e tentativa de suicídio e para os familiares e amigos enlutados pelo suicídio. Pessini e Bertanchini (2006) reforçam ser necessário o respeito aos valores da pessoa, com empatia e compaixão, favorecendo a dignidade durante a vida e na sua finalização. Fukumitsu (2019) aponta que é muito fácil julgar os outros de uma maneira simplista quando se olha de longe. Para compreender é importante se aproximar da pessoa em sofrimento, ouvir o que ela tem a dizer. Observamos a necessidade de profissionais na busca de diagnósticos, sem se aprofundar no relato de quem pode falar melhor sobre si e que, muitas vezes, não tem espaço de escuta. Muitos consideram que as questões de sofrimento e saúde mental são secundárias e que com força de vontade pode-se superar o sofrimento. Quando o sofrimento é intenso, e em casos de depressão, a ajuda especializada é fundamental. A depressão, assim como, a ideação suicida, são caladas por várias razões, uma delas é por serem associadas a sinais de fraqueza. Essa situação tem sido escancarada em algumas profissões como a polícia, nas quais os índices têm crescido de forma exponencial (Boletim IPPES, 2020).

Os cuidados a pessoas em sofrimento intenso, ideação e tentativa de suicídio precisam de maior divulgação em nosso país. Shneidman (1993) cunhou o termo posvenção em 1973, retomando posteriormente, compreendendo a necessidade de minimizar o impacto das mortes por suicídio. Enquanto os programas de prevenção buscam diminuir o número de suicídios, os programas de posvenção diminuem o sofrimento provocado por eles. A dor da perda de uma pessoa por suicídio é tão intensa, que pode levar a novos suicídios, portanto a posvenção é a prevenção do suicídio das próximas gerações, como aponta o autor. Esse termo ainda é pouco conhecido no Brasil e não aparece nas políticas públicas em nosso país (Kovács, 2013). As campanhas, principalmente a do Setembro Amarelo são centradas na prevenção do suicídio, com o imperativo de diminuir o seu número. Quase não se fala sobre os cuidados daqueles em sofrimento. São poucos os programas de posvenção para a população brasileira.

A empatia e a compaixão fazem parte dos cuidados, assim como o respeito ao que está sendo dito, evitando-se comentários ou interpretações que possam aumentar o sofrimento, principalmente as respostas simplistas. Suicídios são eventos complexos e

multifatoriais, cada um com sua história e é essa que precisa ser ouvida. Ao escutar as histórias, em alguns casos, prevalece a necessidade de evitar os suicídios a todo custo, provocando um prejuízo considerável na escuta do sofrimento, que está presente nas pessoas com ideação ou tentativa de suicídio. Hillman (1993) apresenta essa questão, no seu livro “Suicídio e alma”. Para o autor, prevenir o suicídio é a tarefa principal do profissional de saúde, mas para o analista é compreender os movimentos de vida e morte trazidos pela pessoa e cuidar de seu sofrimento. Quando se centra todas as atividades na prevenção e evitamento do suicídio, é possível que ocorram prejuízos no processo de escuta do sofrimento. Quando se escuta os movimentos de morte, como propõe autor, o ato suicida pode ocorrer porque responde a uma necessidade da pessoa em sofrimento.

Fazem parte dos programas de posvenção os cuidados aos familiares enlutados por suicídio. Lembramos que as campanhas priorizam a prevenção, com ampla divulgação dos sinais de alerta para o risco de suicídio. Essa prevalência traz sofrimento aos enlutados pelo suicídio, fazendo aumentar o sentimento de culpa por eles não terem observado esses sinais, que, como afirmamos anteriormente, nem sempre são claros. É fundamental desenvolver campanhas de posvenção, estimulando programas de cuidados a pessoas que tentaram suicídio, cuidando dos familiares que se sentem desorientados sobre o que fazer nessas situações. É tarefa da posvenção cuidar de familiares e amigos enlutados, que frequentemente não tem o seu luto reconhecido, por se tratar de uma morte estigmatizada e pela falsa percepção de que os enlutados deveriam ter percebido ou cuidado melhor da pessoa que realiza o ato suicida (Fukumitsu, 2019).

Suicídios afetam profissionais de diversas maneiras. As tentativas de suicídio podem provocar sentimentos ambivalentes naqueles profissionais, que acreditam que a sua missão é salvar vida. Esses sentimentos podem ser de raiva e medo, gerando atitudes defensivas, perturbando assim a escuta do sofrimento, porque o profissional entende que deve impedir o suicídio, confrontado seus sentimentos de onipotência, levando à impotência. Nessas circunstâncias, podem emergir respostas contra transferenciais de raiva e incompreensão, provocando a iatrogenia, quando o cuidado provoca sofrimento. Profissionais de saúde tem como missão cuidar de pessoas e nos profissionais vinculados à tarefa de cuidar, os suicídios provocam empatia e compaixão, atitudes éticas importantes (Pessini; Bertanchini, 2006).

O Brasil precisa desenvolver as políticas públicas de posvenção. Apresentamos a seguir alguns marcos históricos envolvendo os cuidados a pessoas com ideação e tentativa de suicídio e aos enlutados por suicídio. Em 1962 foi fundado o Centro de Valorização da Vida – CVV, que desenvolve importante trabalho de cuidados em crise. Os trabalhos no início eram somente por telefone e que continuam até os dias atuais no número 188, gratuito por todo país. Além do telefone há também o chat, e-mail e encontros presenciais em grupos de atendimento a pessoas enlutadas por suicídio. Lembramos que esse é um atendimento em situação de crise, um trabalho muito importante, mas essa ONG sozinha não dá conta da dimensão do problema de cuidados continuados a pessoas com sofrimento existencial.

Em 2005/2006 foi elaborada a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, o que fez com que o Brasil fosse o único país da América Latina com um programa nacional. Neury Botega coordenou esse programa, que teve como possibilidade aperfeiçoar o cuidado a pessoas com tentativa de suicídios, acrescentando aos cuidados clínicos, os atendimentos em saúde mental, durante a internação e após a alta, com a possibilidade de continuidade dos cuidados. Infelizmente esse projeto foi descontinuado (Brasil, 2006).

Em 2012 foram desenvolvidas campanhas de prevenção do suicídio e em 2015 foi fundada a Associação Brasileira para Prevenção do Suicídio (ABEPS), regulamentada em 2017 (Scavacini, 2018). Em 2017 foi estabelecida a Agenda Estratégica para Prevenção do Suicídio, com o imperativo de diminuir em até 20 % os suicídios no país até 2020 (Kovács, 2019). Com o advento da pandemia da Covid19 não temos as informações sobre esses dados. A questão principal dessa agenda se fundamenta no aperfeiçoamento da notificação das tentativas e dos suicídios contribuindo para o conhecimento da dimensão do problema em nosso país. As notificações precisam ser aperfeiçoadas porque há subnotificação de casos no Brasil. Entretanto, a agenda não detalha a questão dos cuidados a pessoas em sofrimento com ideação suicida e os enlutados pelo suicídio.

Os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) diminuem o número de suicídios em 14%. Aproximadamente. No último levantamento feito havia 2643 unidades, com a previsão da criação de mais 143. Mas, não basta criar os CAPS, é necessário contratar profissionais formados para lidar com o sofrimento humano, para cuidar das pessoas que tentam suicídio e dos familiares destroçados pela dor. A agenda

propõe o desenvolvimento das campanhas para diminuir o estigma e ampliar a prevenção.

O dia mundial da Prevenção do Suicídio é 10 de setembro. No Brasil, a campanha se estende por todo mês de setembro, conhecida como Setembro Amarelo. São encontros, notícias, atos que têm como objetivo ampliar a consciência pública sobre o suicídio e sua prevenção. Entre as atividades propostas, algumas se configuram como o chamado “marketing amarelo”, que propõe colocar a fitinha amarela na lapela e considerar que o assunto do suicídio está resolvido. Essas ações atraem likes, selfies, mas não oferecem ações efetivas, acabam sendo tão somente divulgação para quem as propõe (Scavacini, 2018). Um dos lados mais penosos para as pessoas em sofrimento ou que estão enlutadas é ouvir o tempo todo sobre valorização da vida, sobre os sinais de alerta e têm assim a sua culpa exacerbada, por não terem percebido os sinais de alerta que indicam o sofrimento da pessoa querida. É necessário, nas campanhas, falar sobre sofrimento de quem pensa em se matar ou que chora a perda de seu ente querido. Focar não só na prevenção, mas também na posvenção (Kovács, 2019),

É fundamental pensar na formação de profissionais de saúde para cuidar de pessoas em sofrimento, com processos de automutilação, com ideação e tentativas de suicídio e dos familiares enlutados. Não temos notícias de disciplinas sobre suicídio na graduação nas várias áreas da saúde e da educação. Essa é uma urgência nacional. Na estratégia mencionada se propôs a formação à distância de profissionais para cuidar de pessoas com ideação e tentativa. Formação à distância não é a mais indicada para formar profissionais que precisam dedicar atenção especial e escuta a pessoas em sofrimento existencial. Há na atualidade cursos de especialização em suicídio em nível de pós-graduação, em parte online por conta da Pandemia do Covid19. É o que é possível no momento, mas se espera que logo possam ser presenciais.

Em relação aos profissionais da mídia, a Agenda Estratégica de 2017 propõe que se estabeleça uma comunicação que cuide de diminuir o estigma e o tabu e que não caminhe em direção ao sensacionalismo, expondo a morte como espetáculo, estimulando suicídios. Quando se pensa em noticiário a ideia de contágio se torna presente. É importante ressaltar que o contágio não se faz pelo tema e sim pelo modo como é expresso. Entre as principais recomendações está a abordagem do suicídio com profundidade, ter o respeito para não expor pessoas que morreram por suicídio, apresentando a forma como realizaram o ato. E é muito importante incluir indicações de

locais de atendimento, sempre lembrando do número 188 do CVV (Dapieve, 2006; Hwang, 2018).

Para finalizar esse capítulo vamos apresentar algumas reflexões sobre os fatores de risco para o suicídio na Pandemia do Covid19. As informações assustadoras sobre a doença, o medo da morte próxima, a incerteza, o isolamento e o cancelamento de várias atividades, principalmente nos primeiros meses da pandemia causaram medo, provocaram situações de solidão e incertezas e desesperança. E por conta desse mesmo isolamento houve restrição de acesso ao suporte de recursos da comunidade e ao apoio religioso ou espiritual. Os cuidados à saúde mental no começo da crise sanitária foram interrompidos e retomados no formato online.

As restrições de locomoção, as perdas de trabalho e da vida social podem ter levado algumas pessoas ao desespero e com a intensidade do sofrimento houve o incremento de comportamentos autodestrutivos, violência doméstica, abusos de outras ordens, além de grandes perdas financeiras (FIOCRUZ, 2020).

A Fiocruz, logo no início da Pandemia do Covid 19, apresentou várias lives e cartilhas com informações sobre várias questões, sendo uma delas específica em relação ao suicídio. Foram arrolados fatores de risco nas várias fases do desenvolvimento. Na infância e adolescência os riscos envolvem ansiedade e depressão, uso massivo das redes sociais e Internet, ao mesmo tempo com restrições à mobilidade, falta de contato com colegas, atividades físicas e socialização, situações que ficaram mais evidentes na crise sanitária.

No caso dos adultos, mesmo antes da pandemia, observou-se aumento de notificações de lesão autoprovocada, maior prevalência de tentativas de suicídio, uso abusivo de álcool e drogas, sofrimento psíquico e vulnerabilidade financeira e social e a pandemia exacerbou essas questões. Ainda não temos dados precisos sobre o quanto a pandemia influenciou no aumento das situações de risco.

Os idosos constituem num grupo de risco alto para o suicídio, considerando que há um grande percentual de subnotificação na faixa dos que têm mais de 70 anos. Dados de 2017 (FIOCRUZ, 2020) indicam esses fatores de risco: desamparo, afastamento da família, tristeza profunda, solidão, vulnerabilidade emocional, evolução para depressão e conseqüentemente aumento do suicídio. Na pandemia os idosos foram obrigados a se isolar e distanciar de seus familiares. Foram constantemente apontados

como grupo de risco acentuando-se a depressão, a sensação de inutilidade e a ideação suicida. O medo de contrair a doença e principalmente o risco de agravamento dos sintomas físicos e psíquicos resultou em maior número de mortes nessa faixa etária. De fato, no início idosos que contraíram a doença tiveram sintomas mais graves, devido a comorbidades presentes relacionados à faixa etária. Idosos nessas circunstâncias podem ter o desejo de encerrar a vida, deixando de viver, um processo de autonegligência.

Idosos internados em Instituições de Longa Permanência (ILPI) podem viver o conflito de estarem longe de suas residências ou famílias, sendo raros os casos em que buscaram sua institucionalização. No caso da Covid19 as ILPIs foram e são locais de disseminação de doenças, isolamento, com sentimentos de inutilidade, em que a vida não tem mais sentido e pode surgir o desejo de encerrar a vida e morrer. Com a pandemia todos esses fatores de risco ficaram mais evidentes.

Os cuidados de saúde mental envolvem: fortalecimento das redes afetivas, familiares, amigos e a busca de serviços de saúde mental. É fundamental garantir informação correta por todas as redes possíveis e acessíveis a cada faixa etária, ouvindo perguntas e oferecendo respostas claras. Importante também indicar onde buscar ajuda, entre as quais o CVV, através da linha 188 gratuita e que deve ser sempre mencionado. Livros e filmes são sempre indicações preciosas.

É fundamental oferecer suporte em serviços na comunidade, espaços de acolhida, plantão psicológico, primeiros cuidados psicológicos com garantia de continuidade de atendimento na forma de psicoeducação e psicoterapia. No caso de suicídios é preciso facilitar assessoria jurídica, orientação na liberação do corpo no Instituto Médico Legal e orientar quanto aos rituais funerários, alguns deles ainda com restrições em função dos cuidados sanitários.

Finalizamos esse capítulo sem conclusões, apresentando questões, dilemas e desafios que precisam ser aprofundados, com necessidade de reflexões e ações que possam ocorrer em rede, porque cuidar do suicídio não é um problema que deva ficar na mão de um único profissional, lembrando que suicídios são eventos multifatoriais. Começamos e terminamos esse capítulo falando que não existe o suicídio emblemático e sim suicídios. Cada um deles com sua história, características que estão relacionadas a pessoas que vivem numa sociedade, numa cultura, que tem sua história pessoal e que podem passar por situações de grande sofrimento. Portanto, os cuidados precisam levar em conta todas essas situações. Além das tarefas de prevenção precisamos desenvolver

os cuidados a todos envolvidos, a saber, a própria pessoa que está em sofrimento e seus familiares. Profissionais precisam ser formados para desenvolver a escuta, a empatia e a compaixão e em equipe pensar nas melhores formas de cuidado, respeitando a multidimensionalidade dos suicídios, considerando todos aqueles impactados pelos suicídios. Tabus e estigmas precisam ser diminuídos para que se tenha a consciência pública que o suicídio é um problema de todos nós.

Finalizamos esse capítulo afirmando que nunca se deve falar uma última palavra sobre o suicídio e citando Solomon (2002, p.145) “Não queria morrer porque me odiava, mas porque me amava o suficiente para querer o fim da dor”.

Referências

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: UNESP, 2012.

BINSWANGER, L. El caso de Ellen West. Estudio antropológico clínica. *In*: MAY, R.; ANGEL, E.; ELLENBERGER, H. (ed.). **Existencia**. Madrid: Greda, 1977. p. 288-434.

BOLETIM IPPEES 2020: um panorama do suicídio policial no Brasil. Rio de Janeiro: IPPEES, 2020. Disponível em:
<https://ippesbrasil.com.br/noticias/boletim-ippes-2020-um-panorama-do-suicidio-policial-no-brasil>. Acesso em: 25 maio 2022.

BOTEGA, N. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1876 de 14 de agosto de 2006**. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Brasília, DF;: Ministério da Saúde, 2006Disponível em:
https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 20 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. **Agenda de ações estratégias para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: 17-0522-cartilha-agenda-estrategica-publicada.pdf. Acesso em: 20 maio 2019.

CASSORLA, R. M. S. Suicídio e autodestruição humana. *In*: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. (org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 21-35.

DAPIEVE, A. H. M. **Suicídio por contágio: a maneira pela qual a imprensa trata a notícia**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

DIAS, L. M. **Testemunhos do adeus**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DURKHEIM, E. **Suicídio: um estudo sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid19**. Recomendações gerais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/documento/saúde mental-e-atenção-psicossocial-na-pandemia-da-covid-19](https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-da-covid-19). Acesso em: 20 maio 2019.

FUKUMITSU, K. O. **Sobreviventes enlutados por suicídio**: cuidados e intervenção. São Paulo: Summus, 2019.

GRUBITS, S.; FREIRE, H. B. G.; NORIEGA, J. A. Suicídio de jovens guaranis kaiowaas de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 504-513, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/CjBM5HwRpfBcNz56YCZfkHy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

HILLMAN, J. **Suicídio e alma**. Petrópolis: Vozes, 1993.

HWANG, E. **Suicídio por contágio e a comunicação midiática**. 2018. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/D.47.2018.tde-16052018-193038>.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **Cerimonias da destruição**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KOVÁCS, M. J. Revisão crítica sobre conflitos éticos envolvidos na situação de suicídio. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.69-82, dez. 2013. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n3/05.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

KOVÁCS, M. J. Suicídio, prevenção e posvenção: análise de políticas públicas de saúde. *In*: CABRAL, B. E. et al. (org.). **Práticas em pesquisa e pesquisa como prática: experimentos em Psicologia**. Curitiba: Editora CRV, 2019. p. 197-214.

LEVY, M. Introdução ao estudo do suicídio. **Boletim de Psiquiatria**, São Paulo, v. 12 . 1-4, p. 1-12, 1979.

MENNINGER, K. **Eros e thanatos**: o homem contra si próprio. São Paulo: Ibrasa, 1965.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, ago. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JyrrBDbJs9T7r46pPrTrXcq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

NAGAFUCHI, T. **Um réquiem feito de silêncios**: suicídio, gênero e sexualidade na era digital. 2017. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2020/07/Um-r%C3%A9quiem-feito-de-sil%C3%AAsios-suic%C3%ADio-g%C3%AAnero-e-sexualidade-na-Era-Digital.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

PESSINI, L; BERTANCHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *In*: PESSINI, L.; BERTANCHINI, L. **Bioética e longevidade humana**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 353-392.

PESSINI, L. **Bioética**: um grito por dignidade de viver. São Paulo: Paulinas, 2006.

RABELO, E. **A morte de si por escrito**: análise fenomenológica de cartas e bilhetes, deixados por pessoas que se mataram. 2019. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-22112019-114147>.

Disponível em:

https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-22112019-114147/publico/rabelo_corrigida.pdf. Acesso em: 20 mar. 2024.

SCAVACINI, K. **O suicídio é um problema de todos: a consciência, a competência e o diálogo da prevenção e posvenção do suicídio**. 2018. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. DOI:

<https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-26102018-155834>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SHNEIDMAN, E.; FARBEROW, N. L. Suicide and death. *In*: FEIFFEL, H. (org.). **New meanings of death**. New York: Mc Graw Hill, 1959.

SHNEIDMAN, E. **Suicide as a psychache**: a clinical approach to self destructive behavior. London: Jason Aronson, 1993.

SHNEIDMAN, E. **The suicidal mind**. Oxford: Oxford University Press, 1996.

SOLOMON, A. **O demônio do meio-dia**. Uma anatomia da depressão. Tradução. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

Capítulo 7

ATENDIMENTO *ONLINE* NA PANDEMIA

Laura A. Antunes

Um grande desafio. Mudanças impostas por uma condição inédita no mundo, a pandemia do covid-19 impôs restrições no contato com outras pessoas, necessidade de distanciamento e isolamento no momento em que o coronavírus se disseminou.

Todos fomos afetados, todos vivemos perdas. Todos passamos a viver algum processo de luto. Nesse contexto, diante de desgastes, ansiedade e níveis de angústia aumentados, foi essencial a oferta de suporte emocional para a continuidade da oferta de muitos serviços de saúde, por meio do atendimento *online*. Uma modalidade que já existia, validada pelos Conselhos de Psicologia (Regionais e Federal), o atendimento remoto ganhou força inquestionável durante a pandemia.

Entre tantos aspectos sobre os quais os seres humanos foram convocados a refletir quando a pandemia do covid-19 foi-se alojando, Flavia F. Barbour (2022, p. 201) contextualiza:

O modo de cuidar teve de ser alterado, porém não é apenas disso que se trata as mudanças no campo da saúde. Ficou evidente o quanto as políticas públicas precisam de investimento não apenas em recursos financeiros, mas também em recursos humanos, sobretudo com formação para uma atuação que exige conhecimentos sólidos, para além do conhecimento técnico de cada profissão.

Programa Autoestima e aspectos relevantes do atendimento *online* na pandemia do covid-19

O Governo do Estado de São Paulo lançou um programa com oferta de cursos gratuitos voltados aos profissionais do SUS, idealizado para o aprimoramento técnico e o suporte emocional no enfrentamento à pandemia. Fazendo parte da equipe que atua nesse contexto, integro o “Programa Autoestima” como supervisora de atendimentos e

professora no curso “Primeiros Cuidados Psicológicos”, na aula que trata de “Atendimento *online* na pandemia”, com duas horas de duração. Contextualizando o momento inicial da pandemia no Brasil, a aula apresenta especialmente este formato de atendimento que se tornou crucial nesta emergência, apontando as características desse serviço, os cuidados necessários para sua realização, questões éticas e as legislações pertinentes.

Mutarelli *et al.* (2022, p. 180) ressaltam que, diante da percepção de uma ameaça permanente, a pandemia trouxe para as pessoas, a vivência de um ambiente de crise. A autora esclarece:

O suporte psicológico se apresenta como um importante instrumento para o enfrentamento da pandemia e favorece o desenvolvimento de estratégias de acolhimento e psicoeducação, com foco na prevenção e promoção da saúde mental. Esse tipo de suporte se propõe a oferecer espaço para a elaboração das vivências e angústias cotidianas, visando a minorar o sofrimento e a construir o bem-estar resultante de perdas concretas ou subjetivas. (...). Acolher as angústias, manejar a ansiedade e o estresse, reforçar mecanismos de enfrentamento e regulação emocional, estimular o autocuidado de forma integral e apoiar a construção de repertório psíquico diante de mudanças e inseguranças estão entre as tarefas do psicólogo neste momento para o cuidado das pessoas no combate à pandemia da covid-19.

O tema sugere uma forma de poder ajudar, acolher e orientar outras pessoas em meio a uma pandemia que inviabiliza o contato presencial. Discutimos questões relacionadas a perdas, lutos, incertezas, insegurança, mudanças, dor. A pandemia trouxe mudanças várias: na nossa rotina e em nossos hábitos diários, dos quais não faziam parte tanta higienização, nem tampouco o distanciamento social; na composição da estrutura familiar, considerando que por vezes, várias pessoas de uma mesma família faleceram. Vivemos mudanças em relação aos rituais de despedida e enterros – reconhecimento de corpos, velórios, a despedida da pessoa querida sem a presença carinhosa de amigos e familiares. Sendo a morte causada pelo covid-19, o risco de contágio afetou todas essas etapas, que mudaram de formato – momentos preocupantes que prenunciam possíveis vivências de um luto complicado. Como cuidar, como amparar tanta dor, angústia e medo, em um momento de uma emergência desta magnitude, sem poder estar com o outro presente fisicamente? O atendimento *online* destaca-se como possibilidade de atuação para os profissionais da área da saúde na pandemia, viabilizando cuidar, esclarecer, amparar dores, dúvidas, estar junto.

Nesta emergência, de acordo com a cartilha elaborada pela Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) “Saúde Mental e Atenção Psicossocial na pandemia COVID-19 – Recomendações Gerais”, são considerados sentimentos e reações frequentes:

[...] adoecer e morrer; perder as pessoas que amamos; perder os meios de subsistência ou não poder trabalhar durante o isolamento, e ser demitido; ser excluído socialmente por estar associado à doença; ser separado de entes queridos e de cuidadores devido ao regime de quarentena; não receber um suporte financeiro; transmitir o vírus a outras pessoas. São esperadas também as sensações recorrentes de impotência perante os acontecimentos, irritabilidade, angústia, tristeza. Em casos de isolamento, podem-se intensificar os sentimentos de desamparo, tédio, solidão e tristeza (Melo *et al.*, 2020, p. 3).

Não há dúvidas de que os cuidados com a saúde mental tornaram-se fundamentais.

Os profissionais da atenção psicossocial têm um papel fundamental em uma emergência como esta provocada pelo coronavírus. Assim sendo, recomenda-se a implementação rápida e ampla de ações de apoio e reorientação. Buscando interromper a transmissão, garantir que serviços sigam funcionando e manter o bem-estar da população, assim como sua capacidade de enfrentamento, tornam-se importantes os esforços no sentido de mapear, compreender e endereçar práticas voltadas para a Saúde Mental e o Apoio Psicossocial (SMAPS).

No Programa Autoestima, essas questões estão inseridas na aula “Atendimento *online* na pandemia”, discutidas como parte de um conteúdo que esclarece aspectos relacionados a este formato de atendimento em uma emergência com as particularidades da Covid-19. Abordamos a vantagem do atendimento *online* para oferecer suporte psicossocial, uma vez que ratifica as recomendações de isolamento e distanciamento social, assim como refreia o ir-e-vir desnecessário, podendo assegurar a existência de atendimento, seja psicossocial ou como psicoterapia. (Melo *et al.*, 2020).

A atuação do psicólogo no atendimento remoto – ajustes necessários

Ao migrar para o atendimento remoto, o profissional deve realizar alguns ajustes. O Código de Ética das várias categorias profissionais deve continuar sendo seguido, bem como o que é proposto por conselhos profissionais e autoridades sanitárias.

É fundamental destacar que a atuação do psicólogo nesse momento destina-se prioritariamente à promoção do bem-estar psicossocial e à atenuação do estresse agudo.

Embora uma parte significativa das perturbações e dificuldades psicossociais seja entendida como sendo normal em uma situação anormal, algumas atenções e cuidados são imprescindíveis no decorrer dos atendimentos. E entre estes, a oferta dos Primeiros Cuidados Psicológicos, com todas as suas características, sendo uma qualidade de cuidado recomendada para situações de emergências e desastres. Entre os esforços necessários, a oferta de orientações claras, com base em informações confiáveis, é fundamental na tentativa de reduzir a ansiedade e o estresse durante a pandemia de covid-19. O empenho do profissional no sentido de legitimar o que o outro está sentindo e oferecer estabilização emocional na fase aguda também constituem cuidados essenciais. A atenção especializada possibilita a estabilização emocional emergencial, a fim de preservar o outro da ocorrência de transtornos psicopatológicos a médio ou longo prazos.

Um aspecto abordado na aula sobre “Atendimento *online* na pandemia” é a relevância de um cuidado voltado para aquele que cuida. Tal como médicos e enfermeiros que atuam na linha de frente na luta contra esta pandemia, o psicólogo deve também valorizar e exercer o autocuidado. Diante disso, construir uma rotina saudável, da qual façam parte práticas que proporcionem prazer, alegria e satisfação, é uma medida de extrema importância.

Recomendações básicas para preparar os espaços de cuidados *online*

Assim sendo, considerando as condutas e os ajustes necessários, tanto por parte de quem atende quanto por parte daquele que será atendido, é preciso assegurar-se das condições técnicas dos aparelhos que serão utilizados durante a sessão, desligar notificações e alertas de mensagens, e até mesmo ter um plano B caso a internet venha a falhar. Diversas são as atenções e precauções necessárias para que este suporte chegue da melhor maneira para a pessoa que o procurou.

Além do cuidado com o equipamento, há que se levar em conta as seguintes condições desse cenário:

Segurança

Inclui a atualização do antivírus do aparelho e a consciência de que as normas do Código de Ética são as mesmas para o atendimento remoto. Assim sendo, é preciso intensificar o cuidado para que o sigilo do atendimento seja resguardado, sendo proibido gravar e repassar para terceiros.

Local de atendimento do psicólogo

Importa estabelecer um local para que seja realizado o atendimento que garanta a privacidade e onde os ruídos possam ser minimizados. Além disso, neste formato de sessão, é necessário que haja maior contato visual do que nos atendimentos presenciais. A realização das sessões sempre no mesmo ambiente contribui para a sensação de estabilidade e regularidade – especialmente em um momento em que a estabilidade foi ameaçada ou mesmo perdida.

Comunicação

Devem ser definidos os meios de comunicação que serão utilizados, e para quais plataformas migrarão em caso de emergência, perda de sinal de internet, falta de energia elétrica no local etc.

Informação

As informações que forem passadas sobre a pandemia de covid-19 devem vir de fontes confiáveis, devem ser precisas e claras. Informações adequadas sobre condutas para evitar a contaminação e a disseminação da doença permitem minimizar angústias, medos e níveis de estresse.

Serviços vigentes

Uma tarefa importante do profissional é realizar eventuais encaminhamentos para serviços especializados, considerando a rede de atenção psicossocial, grupos comunitários etc.

Grupos vulneráveis

Disponibilizar o acesso de mulheres, crianças e idosos a serviços de apoio e proteção psicossocial, principalmente aqueles que possam estar em situação de violência.

Técnicas terapêuticas

O profissional deve adaptar ferramentas terapêuticas utilizadas presencialmente para o contexto do atendimento remoto.

Prontuários/registros

Atendimentos oferecidos no formato remoto devem ser registrados. A gravação do atendimento não será configurada como registro.

Recursos

Reconhecer os recursos imediatos no local em que a pessoa está: se está em casa, em quarentena, com alguma outra pessoa etc. Perceber de que recursos internos a pessoa dispõe para ajudá-la, ou de quais recursos já tenha feito uso em crises anteriores. É sempre importante o reforço em relação ao autocuidado.

Casos graves

Sempre dimensionar os possíveis riscos para a saúde física e psicológica e, se for preciso, encaminhar imediatamente para cuidados mais especializados. Nesse contexto, importa estruturar uma lista com nomes dos serviços e seus respectivos contatos e localizações. Dessa forma, o profissional estará instrumentalizado para encaminhamentos de urgência, se necessário. Um contrato verbal também deve ser realizado sobre o que será feito caso seja percebida uma situação de risco, como, por exemplo, ideações suicidas. Portanto, deve-se estipular a rede de apoio da pessoa e com quem o psicólogo entrará em contato, se necessário (vizinho, amigo, familiar etc.).

Psicoeducação

É um instrumento relevante para a oferta de suporte para os profissionais que sempre trabalharam, e agora trabalham durante a pandemia. Como conduta, envolve a validação das reações emocionais e físicas mais comuns, já esperadas durante esta crise, especificamente aquelas associadas à ansiedade, depressão, medo e estresse agudo.

Tempo

Assim como nos atendimentos presenciais, o tempo da chamada deve ser controlado.

Considerações para o momento do atendimento: o cliente deve ser orientado sobre o formato de sessão remota

No contexto do atendimento a distância, a pessoa que será atendida precisa igualmente adotar alguns cuidados, quais sejam: deve colocar-se de forma mais ativa em comparação com o formato de sessão presencial, e de modo a cooperar com o processo; deve eleger para o atendimento um espaço que garanta sigilo e privacidade; deve evitar dispersão com animais, crianças, refeições etc. Além disso, deve tentar desligar as notificações e deve estar em um local confortável, com lençinhos de papel e água à disposição. Em chamadas de vídeo, um cuidado importante é a utilização de fones de ouvido, que diminuem o barulho e preservam as falas. A utilização de computadores de uso coletivo não é indicada (Melo *et al.*, 2020).

Atendimento remoto pelo telefone: especificidades a considerar

O atendimento por telefone demanda empatia, escuta ativa e a consolidação de proximidade. É um trabalho que exige do psicólogo tom de voz amigável e tranquilo, além de fala pausada e firme. É preciso facilitar a comunicação e dar apoio, além de estimular as expressões, sejam elas de emoções, sentimentos e/ou pensamentos.

Neste tipo de contato, é preciso esforço para perceber o que está sendo dito, e discernir aquilo que não é fundamental. É preciso atenção do psicólogo ao tom de voz do cliente, à velocidade e às pausas na fala, assim como à respiração. Igualmente essenciais são respeito pelo silêncio e sensibilidade para saber quando descontinuar-lo.

Conclusão

O tema “Atendimento *online* na pandemia” apresenta-se com grande relevância no momento da emergência do covid-19. Durante o Projeto Autoestima, pudemos oferecer formação para profissionais da saúde de diversas localidades que, adquirindo o conhecimento ou reforçando os conhecimentos que já possuíam, ganhando qualidade para os serviços nos quais estão inseridos e para sua própria atuação. Entender e reconhecer as particularidades deste formato de oferta de cuidado – atendimento não presencial – é essencial para essa forma de atuação.

Embora muitos serviços de saúde tenham mantido os atendimentos pela urgência do momento, o atendimento *online* foi a maneira que se apresentou como viável diante da determinação de mantermos distanciamento social e isolamento. Foi a condição que aproximou as pessoas que precisavam do atendimento daqueles que podiam oferecer suporte, atenção psicossocial, cuidado com a saúde mental e psicoterapia. Profissionais puderam estar “presentes” sem a presença física, para seguir cuidando de seus pacientes ou para acolher e ajudar pessoas que passaram a buscar ajuda.

Referências

BARBOUR, F. F. Impactos da Covid-19 na assistência em saúde mental na atenção primária: novas demandas, antigos desafios. *In*: PALLOTTINO, E. R.; KOVÁCS, M. J.; ACETI, D.; RIBEIRO, H. G. (Org.). **Luto e saúde mental na pandemia da Covid-19: cuidados e reflexões**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022. p.195-204.

MELO, B. D. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações aos psicólogos para o atendimento online**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CEPEDES, 2020. 14 p. Cartilha.

MUTARELLI, A. *et al.* Caminhos e atravessamentos da pandemia na psicologia da saúde. *In*: PALLOTTINO, E. R. *et al.* (org.). **Luto e saúde mental na pandemia da Covid-19: cuidados e reflexões**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022. p.179-193.

PALLOTTINO, E. R.; KOVÁCS, M. J.; ACETI, D.; RIBEIRO, H. G. (Orgs.). **Luto e saúde mental na pandemia da Covid-19: cuidados e reflexões**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2022.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus, 1988.

Capítulo 8

REGISTRO PSICOLÓGICO: POR QUE REGISTRAR É CUIDAR?

Helena Rinaldi Rosa

Walter José Martins Migliorini

Os Primeiros Cuidados Psicológicos são internacionalmente reconhecidos como uma ferramenta fundamental para o enfrentamento de situações de urgência, emergência e desastres, que afetam diretamente as comunidades. A Pandemia de COVID-19 é um exemplo de desastre biológico que impactou milhares de pessoas, cujas consequências são amplas e ainda pouco conhecidas. Em 17 de março de 2020, o isolamento social foi estabelecido em função da pandemia. Profissionais e a população em geral se depararam com um cenário de incertezas. As vivências emocionais foram, e ainda são muito intensas, como demonstrado por profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) resgatando corpos das casas — muitas vezes deixando famílias sem seu provedor. Essa situação gerou sentimentos de vulnerabilidade e impotência generalizados. Tornou-se necessário agir de modo a minorar o sofrimento psíquico de todos nesse momento. A necessidade de intervenção demonstrou a urgência de reorganizar conhecimento, uma vez que o saber já constituído não era suficiente para enfrentar a nova realidade.

Este capítulo discute a importância do registro de informações, especialmente aquelas relativas à demanda por Cuidados Psicológicos junto à população em situações de calamidades ou nas quais a comunidade enfrenta uma ruptura em sua rotina. Nesse contexto, a anotação de dados, o mais clara e objetiva possível, é fundamental para se elaborar propostas de ação em momentos de crise. Essa discussão é realizada por meio de duas perspectivas que se interconectam:

Do Ponto de Vista Objetivo: a precisão do registro favorece o conhecimento mais aprofundado da demanda e pode, assim, direcionar melhor as decisões e as ações a serem tomadas no âmbito da saúde mental; e

Do Ponto de Vista Subjetivo: oportunizar tais registros ajuda a resgatar a própria identidade e visão de futuro daquele que se encontra em situação de perda de seus bens materiais, de pessoas queridas, de emprego ou modo de subsistência.

Portanto, a finalidade deste capítulo é articular essas duas facetas para analisar, descrever e interpretar as relações entre contextos e processos psicossociais em situações de emergência e crise. Em outras palavras, o objetivo é discutir como organizar os Primeiros Cuidados Psicológicos com foco na documentação de dados. Embora não haja uma resposta única para essa questão, é essencial ter clareza sobre a importância desse processo, uma vez que ele dependerá de cada situação específica.

A complexa relação entre o registro objetivo e subjetivo na Saúde Mental

Para oferecer qualquer serviço, é essencial compreender a demanda que se busca atender. Isso torna ainda mais crítico em saúde mental, especialmente em situações de crise. Portanto, é crucial o estudo e a caracterização aprofundada dessa demanda para a elaboração de estratégias e a tomada de decisões mais adequadas e continuidade do cuidado, sempre considerando o contexto mais amplo (Santos et al., 2005). Isso implica, de início, documentar adequadamente o perfil do usuário, da maneira mais clara e objetiva possível.

O cuidado com as próprias interpretações e com o mundo subjetivo, tanto do profissional quanto do outro, é indispensável para tomar decisões e estabelecer condutas. Compreender uma queixa relatada por um usuário não é uma tarefa fácil. Ela exige uma escuta qualificada e atenta para identificar e registrar a queixa manifestada como uma demanda real - embora nem sempre explícita. Para realizar essa tarefa, nos identificamos empaticamente com o usuário e procuramos ajudá-lo a pensar — em uma relação de natureza mais subjetiva, que envolve o contato e o acolhimento.

Entretanto, é preciso transitar entre os mundos subjetivo e objetivo para que as propostas de ação mantenham seu propósito. Nesse sentido, o primeiro passo é anotar precisamente a queixa verbalizada — de preferência, entre aspas —, de modo a distingui-la da própria interpretação que se faz a respeito da demanda do outro. Migliorini (2023) indica que alguns fatores limitantes durante o processo de classificação de queixas são: (1) o preenchimento inadequado ou insuficiente dos formulários clínicos; (2) a anotação indiferenciada entre a interpretação do entrevistador e a verbalização do entrevistado; (3) o uso de termos inespecíficos como “ansiedade” e “dificuldades escolares”, que implicam manifestações bastante distintas de sofrimento psíquico.

É também crucial ressaltar que, ao registrar dados, é preciso atentar para as questões de sigilo. Como documentar objetivamente algo que é subjetivo? O registro em saúde mental exige um duplo compromisso:

Compromisso ético com o usuário: o prontuário pertence ao paciente, que tem o direito de acessá-lo a qualquer momento;

Compromisso técnico com a comunidade: a documentação deve ser clara e precisa para subsidiar a criação de ações que atendam às necessidades da população e permitam a avaliação contínua da eficácia dos serviços prestados (Enéas; Faleiros; Sá, 2000).

Assim, a anotação adequada, além de se tornar memória de uma existência, é uma ponte entre a teoria e a prática profissional, garantindo que o cuidado oferecido seja tanto respeitoso quanto eficaz (Lohr; Silveiras, 2006).

Após o registro objetivo da demanda, o próximo passo é a criação de categorias de queixas para subsidiar propostas de ações que atendam às necessidades de uma comunidade específica. Essa análise também deve ser a mais objetiva possível. Criar categorias de queixa é uma tarefa difícil, que exige rigor, trânsito e um olhar binocular entre aspectos objetivos e subjetivos, individuais e sociais. Nesse sentido, a caracterização das queixas da clientela deve identificar os efeitos subjetivos de mudanças temporais, contextuais e geográficas — reveladoras de flutuações nas características de um determinado grupo. Essas informações são preciosas para

estabelecer medidas de prevenção, proteção e acolhimento. Ao mesmo tempo, retroalimentam a revisão e criação de categorias de queixas, quando necessário.

O registro preciso de informações nesses contextos é crucial e deve ser considerado sob duas perspectivas: a objetiva e a subjetiva.

O ponto de vista objetivo

Se a anotação clara dos dados da demanda da população viabiliza a criação de estratégias e políticas de intervenção eficazes; as pesquisas em serviços de saúde mental, como as conduzidas por Migliorini e Rosa (2019, 2020), revelam uma falha recorrente: a prevalência de categorias genéricas, como "Outros" e "Sem Especificação". Ou então especificações saturadas como "Dificuldades Escolares". Essa dificuldade em identificar e documentar de forma precisa as queixas evidencia a complexidade de transitar entre a escuta subjetiva e o registro objetivo, bem como a necessidade de aprimorar os métodos de coleta de dados para que a real demanda da população possa ser compreendida e atendida adequadamente.

É importante aqui reiterar que a anotação em saúde mental não é mera burocracia. De modo dinâmico, ela proporciona o aprimoramento continuado da categorização das queixas, evitando termos ambíguos, genéricos ou inespecíficos. O registro é um instrumento poderoso tanto para a análise da demanda coletiva quanto para o apoio à assistência individual. Em situações de crise e perda, como desastres ou catástrofes, a preservação dos dados de identificação — nome, local de moradia, vínculos — pode representar um verdadeiro resgate da identidade e da existência de uma determinada pessoa ou grupo. Ao ajudar o paciente a documentar sua história, o profissional não apenas cria um inventário, mas também oferece um suporte fundamental para a sua resiliência e reconstrução de sua vida.

Portanto, a documentação não é apenas uma ferramenta de coleta de dados, mas um ato que valida a existência do indivíduo e, ao mesmo tempo, oferece a base para a criação de políticas públicas mais eficazes, combinando a precisão científica com a humanidade do acolhimento. Essa dupla perspectiva — sustenta a ética e a eficácia das intervenções psicológicas — revelando como a subjetividade está sempre presente nas ações do profissional de saúde mental.

O ponto de vista subjetivo

Em situações de crise e desastre, como o isolamento imposto por uma pandemia, essa dimensão subjetiva se torna ainda mais radical. A perda de pertencimento à rotina, ao trabalho e à família provocam sentimentos de esvaimento e desorientação. Nesse cenário de incertezas, o profissional se depara com outro desafio: como oferecer consolo e ajuda quando sua própria existência é abalada? A resposta está na capacidade de se resgatar para estar em condições de ajudar o outro. Como já foi visto, a análise de dados não pode ser dissociada da subjetividade do próprio profissional. Por exemplo, de suas suas reações contratransferenciais. A própria psicoterapia e supervisões clínicas são as bases para o reconhecimento e sustentação dos aspectos subjetivos envolvidos em sua prática.

Do ponto de vista do trabalho com o paciente, a documentação assume um papel vital. A anotação de dados objetivos — como nome, endereço e história de vida — serve como um ato de resgate. A memória fiel de quem o indivíduo é e de onde ele veio indica "eu existo", ajudando-o a reconstruir sua identidade. Essa formalização de sua história é um pilar para a resiliência, permitindo que o indivíduo siga adiante em meio à perda de bens, entes queridos ou de seu modo de vida.

Considerações Finais

Neste capítulo, abordamos: (1) o papel do registro de informações nos Primeiros Cuidados Psicológicos, analisando-o a partir de suas dimensões objetiva e subjetiva e (2) a relevância de se documentar com precisão dados em qualquer cenário de desastre. O propósito deste material é servir como um guia para profissionais de Saúde Mental. Esperamos que ele os capacite a auxiliar indivíduos e comunidades atingidas, de maneira ética e respeitosa — considerando sua cultura, dignidade e história. A meticulosidade na coleta de informações é a chave para construir alternativas de enfrentamento que se alinhem aos princípios dos Primeiros Cuidados Psicológicos e às necessidades sociais atuais.

Referências

ENÉAS, M. L. E.; FALEIROS, J. C.; SÁ, A. C. A. Uso de psicoterapias breves em clínica-escola: caracterização dos processos com adultos. **Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 9-30, 2000. Disponível em:

<https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1108/817>. Acesso em: 24 jan. 2025.

LOHR, S. S.; SILVARES, E. F. M. Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. *In*: SILVARES, E. F. M. (Org.), **Atendimento psicológico em clínicas escola**. Campinas: Alínea, 2006. p. 11-22.

MIGLIORINI, W. J. M.; ROSA, H. R. Perfil de queixas da clientela de um serviço público de Saúde Mental, em uma universidade brasileira. *In*: 7th International Congress of Educational Sciences and Development, 7., 2019, Granada, Espanha. **Libro de Actas** [...]. Granada: Universidad de Granada, 2019. p. 319. Disponível em:

https://www.congresoeducacion.es/edu_web7/Actas%20Educacion%202019.pdf. Acesso em: 20 jan. 2024.

MIGLIORINI, W. J. M.; ROSA, H. R. Perfil de queixas da clientela de um serviço público de saúde mental, em uma universidade brasileira. *In*: **Avances en Ciencias de la Educación y del Desarrollo**. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual, 2020. p. 629-636.

MIGLIORINI, W. J. M. Serviços-escola: perspectivas na caracterização de queixas iniciais da clientela de psicoterapia. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 59-68, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-0985/mu.v31n2p59-68>.

<https://revistas.metodista.br/index.php/mudancas/article/view/684/662>. Acesso em: 30 ago. 2024.

SANTOS, M. A. *et al.* A trajetória do cliente na clínica-escola: Articulação entre serviços na formação profissionalizante em Psicologia. *In*: MELO-SILVA, L. L.; SANTOS, M. A.; SIMON, C. P. (org.). **Formação em psicologia: serviços-escola em debate**. São Paulo: Vetor, 2005. p. 139-170.

Capítulo 9

ESCUTA OPORTUNA⁸

Henriette Tognetti Penha Morato

Vou apresentar hoje uma outra perspectiva com relação ao que tenho apresentado quanto à ação clínica e saúde mental. Por isso recorro à experiência de um ano como docente de um curso a profissionais de saúde vários da Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a partir de um projeto em parceria com o IPUSP desde maio de 2020. Por tal projeto cursos eram oferecidos a esses profissionais a fim de que fossem acompanhados para atendimento online da população em geral quanto às dificuldades demandadas frente à pandemia e pós pandemia: o mundo de hoje.

Quando eu digo mundo-do-hoje, eu digo desde fevereiro de 2020, esse mundo que ainda mal conhecemos, esse mundo que está sendo vivido com tanto sofrimento patológico, ou seja, cheio de paixões, o mundo de descoberta, de criação e afetos, bastante sensível e afetador. Mundo de hoje que ainda persiste pós pandêmico, incerto, desconcertante e em aberto ao futuro... Enfim, como abrir possibilidades para cuidadores da saúde poderem cuidar da ansiedade na situação atual, tão vivida e sofrida por todos nesse mundo-do-hoje?

Afinal, cuidado é uma palavra bastante cara à fenomenologia heideggeriana, e que oferece um norte para a realização deste trabalho. É entre o nascer e o morrer humano que brota o tempo de vida, acontecendo como tempo para cuidar. Essa abertura do tempo de vida coloca o cuidado como condição humana. Nós somos cuidado. Não escolhemos cuidar ou não, cuidando mesmo no descuido. Desse modo é que, enquanto

⁸ Texto adaptado de outros escritos e palestras sobre Escuta Oportuna entre 2021 e 2022. MORATO, H.T.P. Ouvindo o falar: a solicitude de escutar o dizer do sofrimento contemporâneo. In DUTRA, E. (org.) **Sofrimento e historicidade: o desamparo ético-político na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Via Verita (no prelo). MORATO, H. T. P.; MILANESI, P. V. B. Plantão Psicológico como escuta oportuna: hermenêutica da urgência? In: FRANCISCO, A. L. *et al.* (org.). **Psicologia e demandas sociais contemporâneas: reflexões e diálogos**. Curitiba: CVV, 2022. p. 163-180.

existirmos, somos cuidado. E assim temos esse tempo de vida como tempo para cuidar. Mas como compreender tempo para cuidar?

Os gregos se referiam a Tempo de duas formas: Cronos e Kairós. Enquanto Cronos se refere ao tempo cronológico, o tempo do relógio, daquele que passa e corre quase que independente de mim, Kairós diz de um outro tempo: o tempo da oportunidade. É o tempo propício para o plantio, tempo para a colheita, tempo para celebrar, tempo para narrar.

Quando falamos de cuidadores de saúde que se dispõem a atendimento para cuidar, eu me questiono: será que é então para ele também uma oportunidade de se criar no mundo-do-hoje? Será que é um tempo, em meio ao desalento social, para estar com o outro, compartilhando essa comunidade isolada e solitariamente solidária de silêncios perdidos do cotidiano? Será que ao buscar recursos para outro como modo de cuidar, ele também recorre aos seus próprios recursos para cuidar de ser profissional de saúde no mundo do hoje? E é assim nesse lugar, onde não sabemos direito a que estamos, que nós estamos. E como acontece nesse lugar e nesse tempo a ação de cuidar e de cuidar-se?

Algo mudou e mudou muito e mudou talvez, inclusive a compreensão de nós todos quaisquer que estejam nós profissionais de saúde. E aí eu fico pensando o quanto, para nós que estamos aqui, não é próprio de um psicólogo e nem de uma clínica psicológica, mas que talvez ele seja nesse momento ele seja muito mais próprio de um modo de ação clínica de cuidado não apenas de profissionais de saúde, mas de todos nós entre nós... inclusive de vocês alunos entre vocês.

Portanto, não se trata aqui de propor uma nova prática de cuidado, mas de esclarecer a condição de possibilidades nas quais o sofrimento pode ser compreendido para dar a ver o sentido do cuidado que orienta e fundamenta toda e qualquer prática, em qualquer ação dirigida ao humano em certa situação.

Ou seja, o plantão⁹ se dirige onde necessidades do ser humano se manifestam a outros humanos. E o mundo-do-hoje diz disso. A pandemia nos parou do familiar conhecido. Seria esse acontecimento uma crise? Afinal, podemos dizer da crise como uma parada, da crise como um momento, quando a reinvenção se torna necessária. Temos que nos reinventar e nos reencontrar nesse tempo da oportunidade: ou seja, a crise pela pandemia e pós pandemia como reveladora do tempo da oportunidade.

⁹ Plantão como árvore grande que possibilita respiro para continuação da travessia pelo viver.

Surgiu um projeto de atenção à comunidade USP que tinha como perspectiva a oferta de “atendimento pontual”¹⁰ ao sofrimento causado pelo isolamento social e pela pandemia. Assim surgiu o Projeto de Apoio Psicológico Online (PAPO), uma proposta de atendimento pontual e online à comunidade da Universidade.

Talvez o que melhor defina a experiência do LEFE em sua (re)invenção junto ao PAPO seja a metáfora¹¹ criada em um diário de bordo coletivo de um dos grupos de alunos-plantonistas que atendia no projeto. Para eles, atender no PAPO, em pandemia é como habitar uma *jam session*, em seus improvisos característicos.

Etimologicamente improvisar é a ação e disposição de não-antever o que virá (*in-*, não e *-provisus*, ante-ver, antecipar) (Webster, 2022). Quem precisa ou busca improvisar se coloca em zona de fronteira, pois embora possa contar com experiência e saber acumulados ao longo dos anos, também se abre para o ineditismo (não-antes dito, não-antes anunciado) trágico presente em cada situação. Como numa sessão musical de improvisos: há, não raro, uma frase-tema e um campo harmônico, como a base e a referência da improvisação: a expertise dos músicos. E, ao mesmo tempo, há também a inclinação e expectativa de que algo novo aconteça. Os músicos, após tocarem o tema, vão abrindo espaço, aos poucos, e se deixando levar para que um e outro improvise, frequentemente em diálogo. Improvisar demanda atenção ao que está acontecendo e resposta (pela própria habilidade metabolizada a partir dos anos de prática, sem muito tempo de pensamento e reflexão) mais do que pela explicitação teórica da composição em execução.

Por mais belas que sejam as *jam sessions*, estar em uma sessão de improvisos é estar exposto ao devir, incerto. Como os plantonistas expressaram em um desses diários de bordo¹²: “Nós fomos convocados e convocadas a pensar nossos afetos, nossos limites, nossas impotências e encará-las sempre antes, durante e depois *dos*

¹⁰ Nome escolhido por indicar tanto a prática do plantão quanto das consultas terapêuticas, sem criar, com isso, filiações teóricas que poderiam restringir a adesão de colaboradores voluntários.

¹¹ Metáfora aqui entendida também em seu sentido etimológico, isto é, como *meta-*, adiante, a frente ou através e; *-pherein*, conduzir, carretar. Metáfora, como recurso da linguagem, conduz adiante desvelando o sentido do que se vive e diz (Webster, 2022).

¹² Diário de bordo é uma forma de escrita e registro da experiência e aprendizagem dos plantonistas, especialmente graduandos, que tem como finalidade dar a ver as marcas do caminho percorrido por eles ao longo dos plantões nos projetos. Na pandemia, utilizando-se dos recursos online, surgiram propostas de diários coletivos, onde um grupo de plantonistas registrava suas experiências em um arquivo comum e compartilhado. Uma escrita a muitas mãos. Essa proposta surgiu pelos próprios alunos, ao constatarem que se sentiam atravessados por uma experiência comum nos atendimentos e que dizia respeito à pandemia.

atendimentos” (Gomes, G. Diário de bordo da segunda turma, Ago/2021)¹³. Ao mesmo tempo que eram convocados a criar novos caminhos, improvisando, seja pela estranheza dos atendimentos online, seja pela característica do sofrimento – que muitas vezes era comum entre cliente e plantonista –, seja pela natureza própria do cuidado do humano. Como refúgio, as supervisões se tornavam verdadeiras oficinas de improviso, curadoria das experiências vividas nos atendimentos em aprendizagem, pois no fundo todos que estavam envolvidos nesses projetos se deram conta que só poderiam contar com “um conhecimento produzido na prática” (Idem), conhecimentos não claramente explicados, mas implicados.

Os plantões online que aconteciam via PAPO, como improviso, deram a ver a necessidade de uma escuta oportuna, isto é, quando a situação de atendimento convoca o plantonista a se abrir e agir na direção dos caminhos abertos pela interrupção (pausa, silêncio) no ritmo da vida cotidiana causado pela pandemia e seus desdobramentos, pelo sofrimento em outras palavras. Oportuno aqui tem o sentido etimológico, isto é, da contração da expressão latina *ob portum veniens* (que chega ao porto), ligado à condição climática e aos ventos essenciais para a navegação; aquilo que chega a um porto e encaminha possíveis viagens (WEBSTER, 2022). Oportuno, então, nomeia uma abertura da temporalidade radical do existir humano como cuidado ao sofrimento, ou seja, à aquilo que nos acontece no nosso viver com outros no mundo.

Meses mais tarde, com a intensificação das atividades do PAPO, atraiu-se a atenção de outras instituições e órgãos públicos interessados em propor também formas de cuidado para a travessia na pandemia. Assim, universidades, hospitais e outras instituições fizeram contato com o projeto na tentativa de criar iniciativas e diálogos para enfrentamento de problemas e sofrimentos emergidos da situação pandêmica. Destacamos em especial a parceria com a Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), cuja interlocução com profissionais e gestores das redes municipais diversas, especialmente ligadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), fez nascer o Programa Autoestima. A proposta foi, a um só golpe, oferecer cursos de aperfeiçoamento aos profissionais da RAPS para atendimento online à população do Estado. Entre os cursos oferecidos, figurou o “Escuta Oportuna como cuidado em saúde mental na situação de Pandemia”.

¹³ Esse trecho do diário foi retirado da apresentação de Gabriel Leite de A. Gomes, como parte da sua apresentação no III Congresso Internacional de Fenomenologia Existencial, em 2021 (Gomes, G. Diário de bordo da segunda turma, Ago/2021).

Nas supervisões dos grupos de profissionais que compunham o curso da Escuta Oportuna, das duas turmas em que o curso foi ofertado, estavam Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Enfermeiras e Enfermeiros, Fisioterapeutas e uma minoria de psicólogas e psicólogos. Esses profissionais trabalhavam em CAPS de diversas complexidades (I, II e III) e especificidades (IJ e AD)¹⁴, em Ambulatórios de Saúde Mental, em Unidades de Saúde da Família e também tinham cargos na gestão municipal ou regional. Eram tantos os chamados “técnicos”, quanto aquelas que coordenavam equipes e setores da gestão municipal e provinham dos quatro cantos do estado de São Paulo. A grande maioria deles nunca havia ouvido falar de Plantão Psicológico, mas estavam tocados pela necessidade de encontrar caminhos outros para o cuidado nas práticas e unidades que pertenciam e viam no plantão uma possibilidade.

O estranhamento vivido pelos supervisores logo nos primeiros encontros do primeiro grupo de supervisão transbordou em quase embaraço. Não eram supervisões para psicólogos. Estranhos? Como todo estranhamento, foi-nos exigida abertura para possibilidades outras de conceber supervisão e cuidado.

Para tornar mais claro, recorro a um exemplo. Em um dos grupos de supervisão, logo na primeira supervisão, foi perguntado se alguém teria alguma experiência prática para partilhar – quase em tom de propor uma demonstração de como a supervisão “funcionaria”. Uma Assistente Social contou como estava lidando com um paciente que estava resistente a frequentar o CAPS AD onde trabalhava. A sensibilidade na escuta e a inclinação para o cuidado da profissional se transformavam em sofrimento a cada recusa do paciente que insistia em voltar ao serviço para dizer não aceitar cuidado algum. Tratava-se de um senhor que vivia em condições bastante precárias em muitos âmbitos da vida e, por mais que a profissional e a equipe tentassem o contato e o cuidado, o senhor negava. Voltava à unidade para negar o cuidado. A profissional nos perguntava: “como eu posso fazer para cuidar desse paciente?” Sua pergunta reverberou em nós. Perplexos, nos perguntávamos: que diferença havia dos plantões que fazíamos, supervisionávamos, estudávamos? Como encontrar caminhos para o cuidado? Como encontrar caminhos para o cuidado online? E na pandemia? Estávamos diante de semelhanças em questões que lidávamos constantemente nos plantões e projetos do LEFE.

¹⁴ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), podendo ser infanto-juvenil (IJ) ou Álcool e outras drogas (AD). Já os indicadores I, II e III determinam o tipo de atendimento, por complexidade, oferecido.

Mas, também surgiram diferenças, por exemplo: uma terapeuta ocupacional, nos relatou em seu diário: “Porque eu sou terapeuta ocupacional, então eu pergunto sobre a rotina e as atividades da pessoa” (Gomes, G. Diário de bordo da segunda turma, Ago/2021) e, nessa mesma linha, uma fisioterapeuta: “Na minha prática profissional, meus atendimentos são mais dinâmicos corporalmente, então ficar sentada horas seguidas também foi um desafio para mim” (Gomes, G. Diário de bordo da segunda turma, Ago/2021). Assim, a diversidade dos grupos de supervisão e das ações, e atendimentos ali realizados na atenção e no cuidado, desafiava, desalojando outras formas de saber e de fazer já consolidadas (de todos nós). Ou ainda mais, ao mesmo tempo em que nos convocava, apelava a sermos outros de nós mesmos.

A supervisão se mostrava cada vez mais como lugar propício para o desvelamento de possibilidades outras do plantão no acontecimento pandêmico. Isso se deu a ver, por exemplo, quando outra terapeuta ocupacional nos disse em seu diário:

Infelizmente, ao longo de anos como trabalhadora do SUS nunca tive oportunidade de fazer supervisão clínica nos diversos serviços da RAPS por onde transitei. Apesar de sempre ter sido um “pedido”, nunca fora atendido (...) Creio que o programa veio para dar a oportunidade das pessoas “degustarem” espaços de cuidado e ver como é bom esse momento de acolhimento, de escuta, de possibilitar falar, ser ouvida, de expor as fragilidades e vulnerabilidades. Muito oportuno. Na verdade, acho que para todos foi uma grande oportunidade, tanto para quem atendeu quanto para quem foi atendido. Cuidar e ser cuidado é uma relação muito dinâmica e todos são beneficiados (Gomes, G. Diário de bordo da segunda turma, Ago/2021).

Conclui, em outro diário, ao retomar essa reflexão, dizendo: “cuidar de si é cuidar do outro. Cuidar de si e do outro, é cuidar do mundo. Acho que essa frase traz um pouco da nossa responsabilidade consigo, com o outro e com o universo” (Idem).

Essa experiência nos mostrou que, além do caráter interprofissional do plantão, precisávamos compreendê-lo na temporalidade aberta no sofrimento humano. Dizia de como o sofrimento pode ser o fundamento articulador do sentido do cuidado e, nessa perspectiva, outro possível modo de organização das ações em saúde.

Nós todos somos profissionais de cuidado. Como?

Também, na experiência com os atendimentos do Escuta Oportuna e nas supervisões, o sofrimento humano convocou ao cuidado não só a quem sofre, mas

também aos que estão inclinados a cuidar. Convocou-os a fazê-lo da maneira como é possível a partir de si mesmo, pois impôs dupla exigência: colocar-se a escutar e tecer a narrativa dos acontecimentos que irromperam como sofrimento para, a partir da historicidade, vislumbrar e aproximar um devir possível a ser cuidado: num primeiro momento, colocar em segundo plano a perspectiva técnica do cuidado à saúde para que possa ser retomada como possibilidade de ação cuidadosa enredada à historicidade de quem sofre. Como relata uma psicóloga dizendo que começou a ouvir quando “*desfiz da condição de ser psicóloga*” (Gomes, G. Diário de campo da segunda turma, ago/2021).

Diz uma enfermeira:

E ninguém cuida da gente, né? Não posso me queixar, fiz análise há muitos anos, mas não sei se é só análise que é o cuidado necessário; eu senti isso na pandemia e digo não é. A gente na hora de entrar em contato com o paciente, vai esquecendo que é o encontro de duas pessoas, vai achando que é o encontro de uma profissional lá com sua caixa de ferramentas para fazer um manejo de um procedimento. Mas na verdade é o encontro de duas pessoas, e o texto do Ayres sobre “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde” mostra ele médico encontrando a dona Violeta, quando ele mesmo está todo tomado por suas próprias coisas. E encontra ela de novo, essa mulher chata que vem reclamado sempre de tudo. Ele com as coisas dele e ela com as coisas dela, mas são dois seres humanos. Então é esse encontro que a gente esquece, encontro de humanos, que tem que atentar ao encontro, atentar para nós mesmos, como estamos e no que a outra pessoa está trazendo. Então, não é simples, é um encontro bastante complexo. Temos que atentar porque com certeza aquilo que fizermos vai interferir na forma de como esse encontro vai se realizar. Na hora que ele muda a forma de como ele se coloca para Dona Violeta, tudo muda completamente. E outra coisa que temos conversado muito na equipe é que resultados não serão diferentes em nossa ação se continuarmos agindo da mesma forma. A gente faz sempre do mesmo jeito, mas acha que, por uma questão que nem se sabe, a situação com a cliente não vai acontecer igual, mas, é claro que se agirmos da mesma forma o resultado vai sempre ser o mesmo. Se a dona Violeta ia lá e ela só discutiu se ela tinha tomando remédio certo, se ela tinha comido ou deixado de comer, isso não vai para lugar nenhum. Vai se reproduzir a mesma relação, então é preciso achar jeitos diferentes para abordarmos para que desenvolver ou deixar desvelar uma capacidade que já temos, mas que a gente esquece que tem: sermos nós mesmos, ou, de só ser, como dizia o Gil. De só ser, e se permitir enquanto ser humano. É claro que não somos iguais; somos diferentes porque nós somos profissionais de saúde e nosso ofício é cuidar do outro, estamos lá para isso, mas esse não é apenas o nome do papel, mas nós temos que fazer isso considerando todas essas questões do cuidado em saúde, independente da área profissional.

Esse trecho diz exatamente como algumas coisas no cotidiano nos incomodam, nos atrapalham, mas não nos damos conta, embora percebamos as dificuldades do trabalho institucional. Contudo, às vezes, certas situações não nos digam respeito diretamente, porém, indiretamente, diz respeito a uma ação minha e não estou conseguindo trabalhar por uma determinada situação dentro do próprio trabalho. Se essas situações vão seguir ou não é outra questão. Mas cabe a mim abrir essas dificuldades ou mesmo abrir outras possibilidades para que essa ação não caia no vazio repetitivo, mas sim que ela de fato possa promover algo.

A questão é implicada nessa fala é fundamental. Se eu me vejo enquanto profissional de saúde, está impactado em mim aquilo pelo qual eu fui imbuída em toda a minha formação, ou seja, os procedimentos técnicos fundamentalmente e mais do que isso os procedimentos técnicos específicos de cada área da saúde. E, há ainda outra questão, ou seja, estamos falando a partir de onde estamos atuando: dentro de unidades de saúde, de áreas de saúde. Então formação e contexto parecem prevalecer à minha ação, que passo a considerar *obrigação*.

Qual foi o sentido que nos levou a escolher nosso ofício? Quer dizer, o que nesta área me encanta, como fui tocada ao escolher o ofício do cuidado.

A experiência no projeto Escuta Oportuna tornou-se também escuta oportuna de nós-mesmos, pois evidenciou que, jogados na abertura aos possíveis modos de existir que urgem no sofrimento e clamam pelo cuidado, precisávamos encontrar caminhos de também cuidar de nós mesmos para cuidar do outro. Por essa perspectiva fomos levados a questionar o caráter propriamente psicológico do plantão, uma vez que o sofrimento precisa e pode ser cuidado por todos aqueles que se propõem a serem profissionais de saúde.

O cuidado online acontece na reorganização de um trecho de casa, um pedaço da casa que a gente constrói, selecionando, como espaço para estar com um outro em casa com seu trecho também selecionado e cuidado. Que espaço é esse que foi escolhido para eu dizer dos meus afetos, da minha vida sensível, das minhas memórias e relações, do meu íntimo? Os espaços são em si bastante reveladores de intimidade e privacidade. O espaço diz de mim, das minhas escolhas, das minhas memórias, diz de trajetória. E é esse espaço que é compartilhado quando em um atendimento online no mundo-do-hoje. Ou seja, através dele, eu também falo de mim. Isso diz de um *setting*? Ou diz de um lugar propício para a escuta na situação presente?

Ou seja, o plantão se dirige onde necessidades do ser humano se manifestam a outros humanos. E o mundo-do-hoje diz disso. A pandemia nos parou do familiar conhecido. Seria esse acontecimento uma crise? Afinal, podemos dizer da crise como uma parada, da crise como um momento, quando a reinvenção se torna necessária. Temos que nos reinventar e nos reencontrar nesse tempo da oportunidade: a crise pela pandemia como reveladora do tempo da oportunidade.

Nessa direção, Plantão, agora, a partir do vivido, aponta uma ação clínica, de um outro modo. Poderia ser compreendido como situação hermenêutica? Para a psicologia é um tempo de oportunidade, para o psicólogo é um tempo de oportunidade, para os profissionais de saúde também tempo de oportunidade. E para o próprio plantão é um tempo de oportunidade para plasticamente se inventar mais uma vez. Mas, e para o cliente, para aquele que sofre?

Em modo muito singular para definir o plantão, talvez até caricato, compreendo o plantão como uma grande planta que oferece sombra ou alimento no meio do caminho e da trajetória; ou uma parada para aquele viajante que segue na sua andança, no seu projeto, naquele tal tempo de vida, e vê na planta grande, no encontro junto ao plantão o tempo da oportunidade para parar e pensar nos lugares por onde andou, que escolhas realizou e quais os caminhos para os quais poderia dirigir-se.

Seria então o encontro clínico do plantão esse tempo de oportunidade para o viajante do tempo de vida se recompor e encontrar-se como cuidando de ser que se é, tanto para os clientes que nos procuram como para cada um de nós. Afinal compartilhamos esse tal mundo-do-hoje e cada um de nós também estamos buscando encontrar-nos em nossas ações e em nossa ação de ofício, ou seja, quem somos nós profissionais de saúde neste mesmo outro mundo em pandemia. Como nos compreendermos humanos contemporâneos do mundo-do-hoje?

Partindo dessa fala da Dra. Heloisa Aun, mesclada com a minha, em aula para psicólogos que iriam atender no Projeto de Apoio Psicológico Online do IPUSP, em abril de 2020, pensei em situar a ação de cuidar do sofrimento contemporâneo em perspectiva outra que não apenas afeita aos Psis.

Solicito e convido vocês a me ouvirem, de um outro lugar. Não de entender, raciocinar e compreender pela lógica o que nós estamos falando. O convite para que partilhem o que direi através do que Heráclito, antigo filósofo grego, bastante sábio,

poderia apresentar o que está acontecendo nesse exatamente de momento de vida: “não se pode banhar duas vezes na mesma água de um rio”, ou seja, fala do nosso modo de ser e de viver.

O que que eu quero dizer tudo isso indo pelo caminho do plantão como ação clínica, primeiro eu tenho que pensar o que de fato significa clínica. Clinicar é se inclinar na direção de algo ou alguém que solicita alguma coisa ou me inclinar inclusive na direção do meu próprio questionamento a respeito de quem sou, de que mundo é esse no qual eu estou pensando os outros que estão comigo e para onde eu vou.

Muito bem, clinicar, neste sentido, significa se dispor a algo que na realidade vai implicar também em dizer de mim. Clinicar nesse sentido expõe um desafio, ou seja, sair do fio corrente, sair da clínica ou do clinicar no qual nós psicólogos nos baseamos desde sempre, inclusive tendo sempre as teorias psicológicas como um suporte para um clinicar que, às vezes, me permite esconder, através de representações, inclusive do meu modo de falar.

Durante todos esses anos de contato com as situações de atendimentos, de supervisões e de relações pessoais, meu agir tem sido acompanhado pela convicção na crença perceptiva. Tenho à minha frente um outro, simultaneamente igual e diferente de mim. E podemos nos comunicar, partilhar, trocar experiências, apesar de nossos mundos próprios distintos. Posso perceber isso quando dou ou recebo uma resposta que se aproxima bastante daquilo que percebo no outro ou do que penso. É assim que, através da comunicação/linguagem, alcanço a intersubjetividade, num mundo "exterior" comum: a partilha dos mundos particulares. A comunicação pode testemunhar um mundo solidariamente compartilhado das experiências equivalentes. Ser ouvinte de um narrador que diz para, em sendo escutado, poder compreender o que lhe acontece por escutar-se dizendo.

Para Gendlin, o sentimento que um indivíduo “segue otimamente está na consciência e implicitamente contém significados sociais, morais e intelectuais” (Gendlin, 1976, p. 255), pois significado está implícito no sentido. Segundo Gendlin, (1976), o terapeuta não precisa aguardar passivamente o cliente. Em vez disso, pode usar sua experiência do momento, e aí encontrar um reservatório sempre presente, do qual pode servir-se e com o qual pode iniciar, aprofundar e continuar a interação terapêutica, mesmo com uma pessoa não motivada, silenciosa ou exteriorizada (Gendlin, 1976, p. 140).

Aproveitar de seu processo de *experienciando*, ser autêntico significa tornar-se mais expressivo e facilitar o contato. As expressões do terapeuta se voltam para a relação, aprofundando-a: verbalizar o seu lado que sente na interação é uma ajuda para começar a buscar o significado do que parece ser incomunicável. É nesse momento da expressão autêntica do terapeuta, através do contato com o fluir de seus sentimentos nessa relação com o outro. Diz de uma compreensão não verbal, quando o outro pode sentir-se isolado. Há que ser cuidadoso para trabalhar consigo mesmo, quando se trabalha com um outro que também está trabalhando essas condições: sensibilidade e atenção.

Se a proposta de educação é a habilitação de educadores, ou facilitadores de grupo para uma ação dirigida ao outro, há que explorar mudanças. Não se trata de um programa centrado em currículo, num sistema de normas ou num fim político, quando os procedimentos deverão ser congruentes com as políticas e os métodos que recomendamos para a Educação em geral. As falas no Congresso de Graduação da USP em 2022, foram representativas, abrindo questionamentos e oferecendo possibilidades para a busca de renovação necessária, sendo preciso passar por roteiros diversos, que incluem as atitudes dos professores, as contingências sociais e políticas, o nível de facilitação da sala de aula, o clima psicológico da escola, os métodos didáticos, o abrir possibilidades de cuidar de ser tanto para educador, como para educando... Se nós, educadores e cientistas, nos propomos a oferecer ações mais pertinentes à sociedade na qual vivemos, *é importante que cuidemos de nossa própria saúde...* (Rosenberg, 1987, grifos da autora).

Os métodos recomendados devem buscar uma afinação com as necessidades de solução para problemas humanos. Não mais um acúmulo de idéias nem de expressões ou formas obsoletas das quais estamos nauseados. Buscar conhecimento e formação, conscientes da complexa relação entre os conhecimentos (o fazer-saber e o saber-ser), é uma alternativa. A demanda dos estudantes de hoje diz, como consenso, da atitude dos professores. E uma possibilidade seria o professor ser ele mesmo uma pessoa em constante crescimento para propiciar a formação pessoal e intelectual de seus alunos. Não poupar, então, a prática educativa de seu próprio modo de ser. A proposta para reumanizar a invenção (Educação) propõe que o cientista-educador-inventor redescubra a si mesmo como criador para renominar sua invenção (Buarque, 1987). A necessidade dos aprendizes, ao fazerem queixa das atitudes dos professores, passa por um pedido de

condições para “um tipo ‘intrínseco’ de aprendizagem que levaria ao *encontro de sua própria vocação*” (Rosenberg, 1987, p. 56, grifos da autora).

Abrir-me para ouvir o que o outro tem a me dizer é a forma pela qual meu trabalho aqui na Universidade se orienta. É através desta maneira especial de ouvir, disponível e sem preconceitos, que a possibilidade de estar junto ao outro se viabiliza e colabora para o surgimento do processo de uma história de vida.

Assim, a experiência no Escuta Oportuna tornou-se também escuta oportuna de nós-mesmos, pois evidenciou que, jogados na abertura aos possíveis modos de existir que urgem no sofrimento e clamam pelo cuidado, precisávamos encontrar caminhos de também cuidar de si para cuidar do outro. Por essa perspectiva fomos levados a questionar o caráter propriamente psicológico do plantão, uma vez que o sofrimento pode e deve ser cuidado por todos aqueles que se propõem a ser profissionais de saúde e de educação.

As práticas nessas instituições mostraram, como metáfora possível, que

[...] a ação do plantonista era como andar de bicicleta: antes de se pensar em qualquer caminho, é o pedalar contínuo que sustenta o ciclista erguido sobre duas rodas. E que, para além do sim e do não e de todos os rumos possíveis, era o movimento de oferta que primordialmente sustentava o plantão (Nardoni, 2022, p. 123).

Como improviso musical e/ou como andar de bicicleta, plantonistas e supervisores nos contam de “memórias que andamos inventando nos nossos espaços de supervisão: no romper do silêncio do isolamento” (Aun; Morato, 2020). Memórias que marcam o plantão também como escuta oportuna. E lanço mão de Clarice Lispector, no conto *A Legião Estrangeira* (Lispector, 1964, p. 45):

Mas se me viesse de noite uma mulher. Se ela segurasse no colo o filho. E dissesse: cure meu filho. Eu diria: como é que se faz? Ela responderia: cure meu filho. Eu diria: também não sei. Ela responderia: cure meu filho. Então – então porque não sei fazer nada e porque não me lembro de nada e porque é de noite – então estendo a mão e salvo uma criança. Porque é de noite, porque estou sozinha na noite de outra pessoa, porque este silêncio é muito grande para mim, porque tenho duas mãos para sacrificar a melhor delas e porque não tenho escolha.

Diz de algo oportuno e urgente, demandando uma ação. O que de fato queremos dizer ao caracterizar o plantão como escuta oportuna ainda não ficou claro, embora tenha sido indicado a partir de seu contexto de surgimento nas narrativas de plantonistas

e supervisores. Chama a atenção, à guisa do trecho acima, que, quando confrontados pelo desafio do novo e imersos em estranhamento e impossibilidade por ele desvelados, recorreremos à nossa tradição de plantão, à nossa experiência (aqui entendida como arcabouço) em outra palavra. Foi esse retorno à experiência e à história do LEFE que nos permitiu dar um primeiro passo (menos o segundo) tanto para a construção do PAPO quanto para as iniciativas nos demais projetos.

Ao mesmo tempo, a expertise em plantões desvelou a diferença encontrada em *cada situação* pandêmica vivida como estranhamento e impossibilidade. Eis a primeira nuance do sentido da expressão escuta oportuna, isto é, entender que o novo se apresenta sempre em relação ao já conhecido – mesmo que esse já conhecido seja de clareza precária. A característica oportuna do plantão mostrou-se, pois, ao mesmo tempo em ser a condição para o acontecimento do plantão e no dar o segundo passo (ou pedalada. Improviso...) na direção do que foi aberto na situação de plantão convocado pelo sofrimento. Vamos nos deter nisso para melhor compreender.

Para tanto, gostaríamos de propor lançar luz à *situação* de plantão e o que nela se configura. Primeiramente, entenderemos o que quer dizer situação e porque temos utilizado essa palavra. No sentido empregado aqui, à leitura de Heidegger (2012), situação não diz somente das conjunturas concretas de um encontro, ocasião ou evento. A situação do plantão não é só a disposição das salas, de horários, das cadeiras ou da própria instituição onde o plantão acontece. De maneira mais ampla e originária, em cada situação encontramos nossas inclinações, desejos, projetos e faltas, mas também nos defrontamos com as possibilidades por elas abertas. Heidegger esforça-se por mostrar que somos sempre em situação, somos *a cada vez* a nossa situação. Em outras palavras, nosso modo de ser é determinado de início e na maioria das vezes pela epocalidade de nosso tempo e lugar, comumente expressos como traço ou herança cultural, história ou tradição – sempre coletivamente constituídos ao longo do tempo e das gerações.

Se olharmos atentamente como é o aspecto afetivo e temporal de nosso cotidiano, encontramos, numa primeira visada, a repetição e constância onde agitação e calma alternam-se previsivelmente. Na imersão cotidiana toda semana tem uma configuração peculiar e previsível, os dias são comumente organizados e sequenciados, o futuro já está conquistado e o passado é silencioso ou nostálgico. Há uma tendência da cotidianidade de simplificar e atenuar os eventos, e assim nos deixamos levar.

Se a cotidianidade desvela o mundo e o existir, ao mesmo tempo, em sua familiaridade previsível e serena, o vislumbre da angústia mostra não só as possibilidades inerentes a cada instante cotidiano, como seu caráter de atividade frenética. O cotidiano não é algo que é por si mesmo, subsistente ou simplesmente dado, mas um agir constante, genericamente dirigido para a familiaridade. Assim, a angústia se apresenta como uma espécie de pausa, de lapso, que cessa a atividade cotidiana desvelando seu sentido e abrindo possibilidades outras de organização e destino. Na angústia há uma abertura privilegiada para compreender o sentido fenomenológico do existir e do mundo em que habitamos, pois somente nessa abertura conseguimos compreender os entes e nós mesmos em totalidade (Heidegger, 2012). Isso quer dizer que a compreensão e toda articulação (em sentido e com sentido) dela proveniente deve partir sempre da *situação* concreta, fática, *em cada vez e a cada caso* (para usar expressões do próprio Heidegger).

A situação de plantão, por esta via de compreensão, configura-se como um estar disposto e ser a oportunidade para, no sofrimento de quem solicita e junto a ele, abrir-se para aproximar-se do peso do existir próprio e do outro e dele cuidar (de si e com o outro), quer dizer, responsabilizar-se, “*responder a*, no sentido de conduzir-se por” (Morato, 2022, p. 210-211). A amplitude e o teor do que foi aberto/destruído no sofrimento não é claro de início e tampouco atenderá às expectativas de explicações teóricas genéricas ou soltas no ar. Tampouco é causada ou motivada por vontade daquele que sofre. É a estranheza aberta pelo sofrimento que insiste e resiste em aquietar-se – apesar e para além de todo o aparato tecnológico que dispomos para tal – que pode articular sentido ao sofrimento (Gadamer, 2014). Em outras palavras, o sofrimento *urges*¹⁵, quer dizer, chama a atenção para algo que precisa ser cuidado, cultivado em sentido e com sentido.

O caráter oportuno da situação de plantão mostra-se agora como inclinação à urgência inaudita no sofrimento e dela exige clareza e articulação. Como escuta oportuna, o plantão abre-se para, junto àquele que solicita e muitas vezes está sendo consumido e destruído no e pelo sofrimento, deter-se em explicitar as possibilidades e os caminhos abertos na situação, para dela se apropriar (faz dela sua) e conduzir-se-por: cuidar de ser. Valendo-me de uma anedota, que segundo Guimarães Rosa é próxima às metáforas, plantão, como escuta oportuna, é cultivar a abertura que um menino teve

¹⁵ Destacamos o sentido de solicitar, clamar, etimologicamente, insistir em mostrar-se.

diante de uma casa em demolição: “Olha, pai! Estão fazendo um terreno!” (Rosa, 2009, p. 36). Tal abertura se dispõe cuidadosamente a, em cada situação aberta, apreender a dualidade própria da condição humana como constante vir-a-ser criando a si mesmo, em jogo, deixando de ser.

Plantão como escuta oportuna diz “de um novo espaço criado para outras construções possíveis, uma nova paisagem reconfigurando o ambiente que, embora vazio, deixa ver possibilidades para outras situações” (Morato, 2006, p. 1). Tal desconstrução acontece toda vez que plantonistas e supervisores, abrindo-se oportunamente (na temporalidade própria do existir) a cada encontro e situação, como ação clínica, buscam esclarecer hermeneuticamente a urgência aproximando compreensão e ação em situação.

Referências

AUN, H. A.; MORATO, H. T. P. **Plantão psicológico**: clinicar em pandemia. Aula ministrada e gravada no dia 9 de maio de 2020 para o Projeto Apoio Psicológico Online (PAPO), no IPUSP. Online. 1h48min. PAPO-IPUSP, 2020.

BUARQUE, C. Reumanizando as invenções. **Revista da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n. 4, p. 75-85, mar. 1987. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2595-2501.rusp.1987.132232>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rusp/article/view/132232/128337>. Acesso em: 24. fev. 2024.

GADAMER, H-G. **Verdade e método**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. v. 1.

GENDLIN, E. T. Comunicação subverbal e expressividade do terapeuta: tendências de Terapia centralizada no cliente no caso de esquizofrênicos. *In*: ROGERS, C. R.; STEVEN, B. (org.) **De pessoa para pessoa**: o problema de ser humano, uma nova tendência na psicologia. São Paulo: Pioneira, 1976. p. 137-148. (Novos Ubrais)

GOMES, G. **Diário de bordo da segunda turma**, Ago/2021

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Campinas: UNICAMP; Petrópolis: Vozes, 2012.

LISPECTOR, C. **A legião estrangeira**. Rio de Janeiro: Rocco, 1964.

MORATO, H. T. P. Pedido, queixa e demanda no plantão psicológico: querer poder ou precisar? *In*: Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição – Psicologia e Políticas Públicas, 6., Vitória, 2006. [Anais [...]]. Vitória: UFES, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/735108826/MORATO-Pedido-queixa-e-demanda-Documents-Google>. Acesso em: 17 jan. 2025.

MORATO, H. T. P. Plantão psicológico em uma compreensão fenomenológica existencial. *In*: MELLO, F. F. S. SANTOS. G. A. O. (org.). **Psicologia fenomenológica e existencial**: fundamentos filosóficos e campos de atuação. Barueri: Manole, 2022.

NARDONI, F. **Possibilidades de cuidado a profissionais de saúde de instituição hospitalar universitária**: experiências a partir de um projeto de plantão psicológico. 2022. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-31052022-170430/publico/nar doni_corrigida.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

ROSA, J. G. **Tutaméia**: terceiras estórias. 9. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009.

ROSENBERG, R. L. (org.) **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: EPU, 1987.

WEBSTER. [S. l.]: Britannica; 2022. Disponível em: https://unabridged.merriam-webster.com/subscriber/login?redirect_to=%2Fadvanced-search.php%3D. Acesso em 14 nov. 2022. Dicionário online.

Capítulo 10

A SUPERVISÃO DE ATENDIMENTOS ENQUANTO ESPAÇO FORMATIVO

Dafne Rosane Oliveira
Elaine Gomes Reis Alves
Helena Rinaldi Rosa
Júlia Bartsch
Laura Almeida Antunes
Laura Marisa Carnielo Calejón

Apresentação

O curso Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) ofertado no contexto da pandemia Covid 19, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo no Programa Autoestima ofereceu aos profissionais envolvidos e sujeitos atendidos a oportunidade de uma leitura interdisciplinar do sofrimento causado pelo contexto da pandemia, assim como os desafios que a Psicologia, a Assistência Social, a Medicina e outras áreas do conhecimento enfrentam para superar uma perspectiva disciplinar que fragmenta a realidade e dificulta compreender sua complexidade.

O curso constituiu-se em módulos teóricos e supervisões, realizadas quinzenalmente, no período de 2020 até 2023. Os módulos teóricos, como demonstrado nos capítulos iniciais deste livro, sinalizam as especificidades do atendimento em situações de emergências e desastres e a contribuição que a Psicologia, a Sociologia, a Educação e outras áreas do conhecimento humano podem oferecer para compreender o sofrimento de pessoas atingidas por emergências e desastres. As supervisões, realizadas quinzenalmente, no intervalo das aulas teóricas, permitiam compreender os desafios encontrados pelos profissionais e alunos do curso, que atendiam as pessoas que procuravam a plataforma Auto-Estima.

Os depoimentos apresentados neste capítulo, assim como os capítulos que os antecedem, demonstram a importância deste recurso para atenção ao sofrimento humano produzido por desastres e emergências, bem como os desafios das diferentes áreas da ciência, inclusive da saúde e da educação, que procuram compreender a subjetividade humana e o contexto social no qual estamos inseridos. Os dados oferecidos pelas supervisões oferecem informações importantes para compreender as provocações produzidas pelo uso dos recursos da tecnologia, tanto para os profissionais que atendem quanto para os sujeitos que procuram ajuda pela plataforma. As supervisões possibilitaram a articulação entre os conceitos tratados nos diferentes módulos teóricos com as especificidades de cada atendimento.

Depoimento de trabalho de supervisão no Curso Primeiros Cuidados Psicológicos

Dafne Rosane Oliveira

Estive como supervisora desde a primeira turma, seguindo na segunda, terceira e na quinta e última edição do curso. Foi uma experiência que considero desafiadora. Em meio à pandemia, com todas as minhas incertezas e preocupações, embarquei na tarefa de apoiar outros profissionais que assim como eu, estavam dispostos a apoiar pessoas afetadas intensamente pelos efeitos da pandemia.

Ao mesmo tempo que lamentei tamanha tristeza por todas as perdas que motivavam a procura por ajuda, me senti confiante na minha experiência e formação para atuar junto às demandas advindas do desastre da pandemia da covid-19. As supervisões aconteciam a cada 15 dias e se tratava de um espaço de amparo profissional a profissionais que estavam acompanhando as aulas do curso e realizando atendimentos no formato dos Primeiros Cuidados Psicológicos, em atendimentos exclusivamente online e síncronos. A proposta inicial era para dez alunos por turma, mas na prática como eram muitos grupos, os alunos que de fato se matriculavam e se mantinham no curso era menor. O que na verdade propiciou mais tempo de discussão dos casos em supervisão.

A tecnologia despontou como geradora de estresse no domínio das plataformas de atendimento. Não foi diferente com a proposta do curso em questão, exigindo preparação dos profissionais e ao mesmo tempo paciência com os usuários que poderiam não ter familiaridade com os dispositivos eletrônicos.

Desde o início da supervisão, o que mais me chamou a atenção foi a dificuldade dos profissionais de enxergar a viabilidade de um atendimento que fosse tão curto, de uma, duas ou três sessões. Acredito e certamente válido que o trabalho com a saúde mental é deveras complexo e não pode ser simplificado e facilmente manejado. Um imaginário de que algo para ser bom deve durar bastante perdurou, sendo tema muito difundido e discutido nas formações, em especial da Psicologia e acredito eu em outras áreas da saúde. Frequentemente nas supervisões voltávamos a esse ponto: desmistificar que uma intervenção curta e focada poderia trazer efeitos muito positivos e suficientes para o propósito dos atendimentos, o acolhimento das demandas emergenciais de saúde mental em virtude da pandemia.

Muitas vezes os profissionais se queixavam por acharem “pouco tempo”, não acreditando que o trabalho seria significativo para os usuários do serviço. Esse contexto emergiu muita discussão em supervisão, que aliada às discussões das aulas, ajuste de expectativas e planejamento nas supervisões, trouxe inquietações e mudanças de perspectivas em vários profissionais. Muitas vezes se discutiu nossa impotência como profissionais de saúde, como rede de saúde colapsada (mesmo antes da pandemia), e nosso papel diante desse cenário.

Certamente um grande desafio foi a dificuldade de adesão dos profissionais mediante a conciliação do curso com as demais atividades de cada profissional. Todos estavam na ativa em seus dispositivos de saúde, com alta de demanda de trabalho, ainda que dispostos a investir em sua capacitação. Considero também como um ponto central das supervisões a possibilidade de um espaço de discussão e compartilhamento dos desafios dos casos, dando espaço para a expressão dos sentimentos dos profissionais e encorajando ações de autocuidado.

Supervisão Clínica no Programa Autoestima, Curso Primeiros Cuidados Psicológicos - PCP

Elaine Gomes dos Reis Alves

A pandemia ou sindemia da covid-19, apesar dos sinais de que logo chegaria ao Brasil, nos pegou de surpresa e despreparados para as diferentes necessidades que surgiam diariamente, tanto na área da medicina, como da saúde mental envolvendo a Psicologia e a Psiquiatria. Ao mesmo tempo em que utilizávamos nossos conhecimentos

técnicos e estudávamos situações semelhantes anteriormente declaradas como Emergência de Saúde Pública Internacional¹⁶, também aprendíamos no fazer do dia-a-dia, observando as necessidades que surgiam e criando condições de atendimento e novos protocolos enquanto a pandemia ia se apresentando, as mortes acontecendo, hospitais superlotados, o medo da contaminação, de morrer e de perder entes queridos. Foi mesmo um período permeado por desafios e diferentes tipos de estresse.

Neste panorama, o Programa Autoestima surgiu como uma possibilidade de qualificar profissionais de saúde do Estado de São Paulo para atendimentos às pessoas afetadas pela crise sanitária da covid-19. O programa oferecia vários cursos de atualização, entre eles o de Primeiros Cuidados Psicológicos - PCP, o qual obteve demanda para cinco edições.

Eu tive a honra de ser convidada pela Profa. Marilene Proença para colaborar com a organização do curso de PCP e, posteriormente, com este livro. Durante o curso, nas cinco edições, participei como docente com a disciplina “A Pandemia Covid-19 enquanto Desastre” e como supervisora, na primeira e terceira edição. No total, tive quinze supervisionandos sendo a maioria psicólogos, mas também, enfermeiros, médicos e assistentes sociais.

O curso de PCP tinha uma parte prática, na qual os alunos deveriam realizar atendimentos online às pessoas que procuravam apoio. Os interessados se inscreviam numa plataforma e eram direcionados ao profissional. Por se tratar de atendimento emergencial por meio dos primeiros cuidados psicológicos (PCP), as pessoas recebiam até três atendimentos, considerando que nem sempre seriam necessárias todas as sessões.

Durante as supervisões chamava a atenção que, apesar de participarem de um curso que esclarecia os PCP's, os supervisionandos tinham dificuldade em entender os princípios da técnica e a possibilidade de auxílio em “apenas” três sessões. No geral, as supervisões tinham como maior objetivo, orientar aqueles profissionais de saúde nos atendimentos e auxiliá-los nessa compreensão. A maioria dos supervisionandos participava de vários ou todos os cursos oferecidos pelo Programa Autoestima e, talvez

¹⁶ como a gripe espanhola - causada pela virulência incomum de uma estirpe do vírus Influenza A, do subtipo H1N1 em 1918; a pandemia de H1N1, em 2009; a disseminação internacional de poliovírus, em 2014; o vírus zika e aumento de casos de microcefalia e outras malformações congênitas, em 2016 e o ebolavirus ocorrido em 2014 na África Ocidental e em 2018, na República Democrática do Congo (OPAS, 2022).

por isso, a dificuldade em compreender que o atendimento emergencial pode ser realizado em apenas um atendimento e ser efetivo.

As queixas recebidas pelos supervisionandos diziam respeito a ansiedade e medo de contrair a covid-19 e morrer e de perder entes queridos, ansiedade por se sentirem encarceradas na própria residência, enlutadas pela morte de entes queridos - única ou múltiplas e sobrepostas -, assustadas por amigos e/ou familiares estarem doentes, por redução salarial e as perdas decorrentes e ideação suicida. O medo era o tema central das supervisões.

Por outro lado, observamos que o motivo de muitos daqueles que procuravam o programa não era pela pandemia em si, mas situações anteriores a ela e potencializadas durante o período de isolamento, tais como: dependência química, conflito conjugal e separação, depressão, conviver com indivíduos com algum tipo de diferença significativa (demências, autismo, síndromes, cadeirante, surdo ou doença mental), violência doméstica, conflito familiar, ideação suicida entre outros.

Uma das angústias de supervisionandos e supervisores era a dificuldade de encaminhamentos daqueles que necessitavam seguir em acompanhamento. Devido a pandemia, os serviços de saúde estavam superlotados e realizamos um trabalho integrado e hercúleo para garantir a continuidade do tratamento. A supervisão também era um momento de lidar com nossas frustrações, limites e ansiedades.

Todo o trabalho de supervisão foi desafiador quanto a compreensão da efetividade dos PCP's e de os supervisionandos se sentirem tranquilos em realizar três sessões com pessoas em sofrimento. Ao término do curso, os alunos conseguiram perceber a efetividade de um atendimento especializado e adequado, mesmo que em apenas uma sessão.

Também foi doloroso entrar em contato com sofrimentos e modos de vida tão diversificados e, algumas vezes, inimagináveis para alguns. Nesse sentido, a supervisão foi um espaço de acolhimento e cuidado de uns com os outros, momento de estabelecimento de vínculos, amorosidades, generosidades e trocas de saberes. Foi belo observar e participar da confecção de laços, da rede que foi se estabelecendo na tentativa de mitigar as angústias que afloraram entre eles/nós. A sensação era de que, em meio a tanto sofrimento - nossos e dos atendidos - havia calor humano e humanidades; havia esperança, a luz no fim do túnel. A maior esperança e expectativa

era de que, ao final da pandemia, as pessoas teriam se transformado e o mundo seria diferente e mais solidário.

Outro lado bom das ações realizadas foi acompanhar a reorganização emocional, de pensamentos e da rotina de algumas pessoas atendidas e, também, o fortalecimento dos profissionais de saúde que participaram do curso.

Supervisão clínica no Programa autoestima – Relato de experiência

Helena Rinaldi Rosa

Participo do programa autoestima desde seu início, em um primeiro momento como docente e como supervisora, coordenando a primeira edição do curso “Consultas Terapêuticas e Psicoterapia Breve”. Ainda nessa edição, fiquei responsável por uma aula (venho ministrando-a nas demais edições) que integra o curso de “Primeiros Cuidados Psicológicos - PCP”, descrita no capítulo 8. Nas segunda e terceira edições, atuei como supervisora no curso sobre o “Luto” e no de “PCP”. Agora, já na quarta edição, permaneço como supervisora, nos cursos “PCP” e “Temas emergentes”.

Dessa experiência, junto aos participantes dos diversos grupos, muitas reflexões têm surgido. O que mais chamou a atenção foi a solidão, ou seja, o isolamento desses profissionais de saúde, público-alvo do programa. Distantes uns dos outros, desconhecidos entre si (talvez, por isso mesmo) e ávidos por falar de suas experiências, assim se apresentam esses profissionais e, assim, compartilhamos. Muito mais troca de ideias acerca do manejo das práticas, do que uma SUPERvisão, conversamos. Esse processo nos levou a uma nova identidade, mudamos nosso nome para Encontros. E assim, buscamos manter nossos encontros nessa perspectiva.

Entendendo que esses encontros têm como objetivos:

1. Construir a experiência de atendimento *online*, pelos diversos profissionais da saúde no grupo, de diferentes equipes, trabalhadores da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo;
2. Discutir os casos atendidos pelos participantes do grupo, em uma visão multidisciplinar, buscando sua compreensão aprofundada da modalidade *online* e as conseqüentes possibilidades de encaminhamentos;
3. Aprofundar essa compreensão do ponto de vista teórico e técnico;

4. Acolher as demandas e necessidades do grupo de profissionais que atuam de forma multidisciplinar, que se revelam no decorrer do próprio trabalho e que interferem em seu desempenho;
5. Permitir o olhar para as questões institucionais que permeiam a relação entre o usuário, o(s) profissional(is) e a própria instituição.

Ainda que a formação continuada e permanente dos trabalhadores em saúde seja fundamental e indispensável num momento em que um mundo novo passa a ser nosso local de existência, por exigir adaptação rápida, fluida e quase imediata, ressalto a função do acolhimento em cada encontro; uma vez que profissionais doentes não conseguirão atingir nenhum dos objetivos propostos. Aliás, essa adaptação traz imenso custo à saúde mental dos trabalhadores.

Como profissionais de saúde, nossa experiência mostra que facilmente se transpõe os limites da impotência / onipotência no desejo de resolver as dificuldades das pessoas atendidas, e que muito se sofre com tal desejo, quase sempre, impossível de realizar. Impotência diante do sofrimento e da doença mental... diante das condições de vida do usuário, nunca tão precarizadas nesse país.... das limitações pessoais de cada um, das limitações institucionais e sociais... Aceitar as limitações para, então, pensar em como enfrentá-las. Como fortalecer a pessoa para que ela possa buscar e empregar seus recursos. É muito difícil lidar com situações sociais de extrema pobreza e vulnerabilidade que, se por um lado provocam empatia em quem atende, podem paralisar o profissional que não vê uma solução em nível individual para aquela situação de sofrimento.

Violência contra vulneráveis, menores, questões de gênero e de sexualidade são também cada vez mais frequentes na população, tanto nos usuários quanto nos que os atendem; o tema do luto e do suicídio, do uso abusivo de álcool e drogas, entre outros, mobiliza intensamente os trabalhadores. E quanto à sociedade? O que temos a dizer?

É preciso ter clareza de que o que se discute nos encontros fala menos sobre o paciente e mais sobre aquele que o atende. Cuidar do profissional é, sempre, um modo, talvez o único, de cuidar do usuário, pois qualifica o trabalho por ele realizado. Cuidar da saúde mental dos trabalhadores é fundamental, inclusive para a realização do trabalho proposto na instituição. Portanto, é *na e para* a instituição que se voltam os objetivos do atendimento. Não é possível desconsiderar a estrutura e as questões institucionais que

estão sempre e inevitavelmente presentes inclusive no atendimento dual usuário – terapeuta, que nunca é dual, mas sim, tríplice.

Nessa perspectiva, gostaria de compartilhar uma experiência. Em um dos grupos, sempre avaliando os encontros ao final de cada curso (no caso, refiro-me a outubro/2021), surgiu a proposta de mantermos os encontros mesmo após o encerramento – era evidente, para mim, que seria a maneira mais efetiva de apoiar aqueles trabalhadores supervisionandos. Assim, temos mantido até o presente momento ao escrever este relato (abril/2022), reuniões mensais na terceira terça-feira de cada mês, durante uma hora e meia. De modo menos formal que as aulas do programa, temos conversado sobre os mais variados aspectos que envolvem essa dinâmica, desde atendimentos realizados e as questões de relações de trabalho, institucionais, até as mais pessoais, perpassando por indicações de bibliografias, literaturas, impressões pessoais, entre tantos outros. A troca de experiências tem sido muito produtiva, trazendo possibilidades de compartilhamento e de inovações na prática dos participantes.

O grupo autorizou a construção desse relato e ainda recomendou que fosse relatado que nos autodenominamos *Helenaiters*. Considero estar, assim, contribuindo efetivamente com o trabalho do grupo, de cada um de seus membros e com o Programa Autoestima, portanto, conseqüentemente, com a saúde mental de nossa população.

Supervisões no Curso de Primeiros Cuidados Psicológicos

Julia Bartsch

Dentre minhas participações durante as diferentes turmas do curso sobre os Primeiros Cuidados Psicológicos, estive como responsável do trabalho de supervisão em três delas. É possível notar algumas particularidades comuns às demais colegas, dentre elas, o número de participantes e as dificuldades de participação, como disorro adiante. Vou me dedicar, especificamente, a contextualizar o formato, não adentrando, desta forma, à discussão dos casos atendidos.

A primeira turma teve um número bastante reduzido de participantes, fato atribuído a uma divulgação ainda incipiente deste e de outros cursos oferecidos dentro do projeto AutoEstima, em parceria com a Universidade de São Paulo, a despeito dos esforços individuais de docentes e organizadores. A equipe de supervisão de nosso

curso contava, nesta ocasião, com seis supervisoras, número que, ainda que inicialmente tivesse sido maior na ocasião das inscrições, coincidiu com o número de profissionais matriculados. Desta forma, as supervisões aconteceram em um formato um-por-um. O profissional por mim supervisionado, um psicólogo locado em uma unidade de saúde no interior de São Paulo, por seu interesse no trabalho em situações de crise, coincidentemente já havia participado em outro curso no qual eu ministrei uma das aulas, organizado pela professora Elaine Alves.

O formato um-por-um, ainda que não tenha se beneficiado de discussões grupais, como veremos nos casos seguintes, seguiu com maiores possibilidades de dedicação aos casos por ele atendidos. Além disso, foi possível maior flexibilidade para garantir as supervisões, em ocasiões nas quais outros eventos impediam que a supervisão acontecesse no horário pré-definido. Assim como ocorreria nas turmas seguintes, os casos não eram distribuídos por zona ou território, mas sim, por seu formato online, amplificado para todo o Estado de São Paulo. Desta forma, o profissional era acionado por públicos diversos. O trabalho de supervisão dedicou-se a encontrar formas adequadas de acolhimento, levando-se em conta um enfoque de primeiros cuidados em poucas sessões, definidas em um número de três.

A busca por um trabalho de acolhimento em Primeiros Cuidados Psicológicos se estendeu às outras turmas. Um ponto em comum foi a dificuldade em se encontrar vias de referência para um cuidado para além das sessões oferecidas dentro do trabalho prático do curso. Tanto a segunda turma como a terceira era composta não apenas de profissionais da área de saúde mental, mas também de pessoal de enfermagem, assistente social e terapia ocupacional. É importante lembrar aqui que a execução dos Primeiros Cuidados Psicológicos não se limita aos profissionais da área de psicologia ou de saúde mental em geral. Em um número médio de seis participantes, o trabalho de supervisão com essas turmas foi enriquecido pela possibilidade de trocas de experiências, em especial para a indicação de outras vias de cuidado. Ainda assim, o desconhecimento dos diferentes territórios, principalmente quando se tratava do atendimento a pessoas de diferentes cidades daquelas onde cada profissional se encontrava, foi motivo de preocupação para casos onde era possível identificar a necessidade de um cuidado mais prolongado.

Nem todos os casos que chegavam aos profissionais traziam questões específicas sobre a vivência da crise sanitária causada pela pandemia do coronavírus.

Por isso mesmo, o trabalho de supervisão visava cuidar para que o acolhimento e os atendimentos não extrapolassem as próprias limitações de atuação, sem que se deixasse de amparar a quem buscava o serviço. Focou-se na ideia de estabilização, identificação das questões trazidas e cuidados possíveis.

Um ponto que vale destacar é o de que o trabalho em grupo permitiu uma ação efetivamente grupal, na qual a troca de informações sobre maneiras de atuação, ferramentas e dispositivos disponíveis passaram a integrar o conteúdo da supervisão, ampliando, desta forma, conhecimentos técnicos e sobre o funcionamento da rede de saúde estadual em si. Os membros de cada turma puderam, inclusive, se auxiliar na busca de locais de referência para alguns casos discutidos durante a supervisão. Os casos, uma vez discutidos por profissionais ou de diferentes áreas ou psicólogos, mas de linhas de atuação distintas, puderam se beneficiar de um enriquecimento de diferentes saberes, o que acabou por ser extremamente bem vindo, dado o enfoque desta supervisora no trabalho intercultural. Ainda que ampliado para o conceito do encontro entre culturas, aqui, coube se valer deste princípio para que o enriquecimento se desse através do encontro entre diferentes conhecimentos.

Supervisão no Projeto Auto Estima: Experiências Compartilhadas

Laura A. Antunes

A atuação como supervisora no Projeto Autoestima proporcionou-me uma vivência nova, que trouxe a possibilidade de ajudar e acompanhar profissionais da saúde em sua prática. Percebi o momento da supervisão como um encontro permeado por trocas de experiências, atuando para garantir suporte, lugar de escuta, acolhimento e esclarecimento.

Nesse apoio aos supervisionandos, uma situação que constatei com frequência foi a dificuldade, mesmo que inicial, de transitar de um formato de atendimento de mais longo prazo, como a psicoterapia, para um trabalho que seria breve, com número de sessões definido antecipadamente. Para alguns deles, o vínculo estabelecido com o paciente, embora em um contato tão breve, foi motivo de dificuldade para a realização de encaminhamentos.

Outro aspecto a destacar nas supervisões esbarra na questão de recebermos pessoas com queixas não relacionadas ao momento da pandemia covid-19, uma vez que o Programa não previa nenhum tipo de triagem. Em tais situações, era necessário realizar algum encaminhamento, ou apenas esclarecer que neste programa o intuito era acolher, em um formato breve, questões relacionadas a esta emergência que todos enfrentamos.

Os supervisionandos viveram momentos de angústia ao ter que realizar encaminhamentos. Por vezes, não tinham familiaridade com as estruturas de suporte da região do paciente (CAPS, UBS), e eram necessárias pesquisas sobre esses recursos; em outras ocasiões, conheciam as condições dos serviços, e lamentavam demoras eventuais para conseguir os novos atendimentos que seus pacientes demandam. No entanto, vários alunos conseguiram atuar entrando em contato com a unidade de atendimento para a qual encaminharam seus clientes, ajudando a garantir a continuidade do acolhimento e do acompanhamento.

Aprendi muito recebendo nossos alunos nos momentos de supervisão. Verifiquei a riqueza de termos entre os supervisionandos profissionais de várias áreas da saúde – assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos. A diversidade das formações permitiu diferentes olhares.

Creio que este suporte é fundamental: nossos alunos sentiram-se amparados recebendo supervisão – e gratos. Espero seguir contribuindo e aprendendo com trocas deste tipo.

Depoimento das supervisões em Primeiros Cuidados Psicológicos

Laura Marisa Carnielo Calejón

A supervisão no curso de Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) constituiu-se em um componente em um conjunto de ações marcado pelas circunstâncias da Pandemia Covid 19 e pelos desafios que a Psicologia e outras Ciências Sociais enfrentam nos desafios para a saúde e saúde mental. As supervisões constituíram-se, como componente curricular que permitia o intercâmbio de profissionais com diferentes graduações, alunos do programa, na tarefa de auxiliar pessoas em sofrimento. As

supervisões operacionalizavam conceitos e orientações tratadas nas diferentes disciplinas que compunham a grade curricular do curso oferecido. As supervisões, realizadas quinzenalmente, demonstravam a diversidade do sofrimento e das condições sociais e de produção da vida material de quem pedia ajuda n Programa Autoestima da Secretaria organizado pelo Estado de São Paulo. Permitiam a verificação de princípios organizados no campo da Psicologia e da saúde sobre emergências, desastres, crises, saúde física e mental, assim como a importância do SUS, enquanto saúde pública. A diversidade de profissionais que procuravam o curso como alunos e atendiam em diferentes contextos sociais configurava-se como uma oportunidade de revisão de princípios sistematizados pela Psicologia, Educação, Serviço Social e demais áreas no campo da saúde e educação.

As supervisões, realizadas quinzenalmente, objetivavam e oportunizaram a revisão e discussão de conceitos teóricos tratados nas aulas, ampliando a compreensão do sofrimento das pessoas que solicitavam ajuda, a possibilidade de ajuda oferecida pelos Primeiros Cuidados Psicológicos, considerando os objetivos desta estratégia de intervenção.

Particpei do programa como supervisora e docente módulo sobre Questões Éticas, desde a primeira edição. Nas diferentes edições o grupo de alunos constitua-se por profissionais que atuavam no SUS, em diferentes cidades do Estado de São Paulo, com formação em Psicologia, Enfermagem, Assistência Social, Pedagogia, Medicina, com predomínio do sexo feminino e profissionais da Psicologia.

Entre as pessoas atendidas predominavam mulheres, com idade entre 18 e 40 anos, com queixas relacionadas à depressão, ansiedade, falta de motivação, sentimentos de inutilidade, perda de trabalho e de familiares, relacionamentos abusivos. Algumas pessoas atendidas demonstravam dificuldade no manejo da plataforma. Ainda que algumas dificuldades apresentadas estivessem relacionadas a questões anteriores do desenvolvimento, sinalizando fragilidade dos recursos egóicos e da resolução de conflitos ou crises em diferentes períodos evolutivos a atenção oferecida permitia maior compreensão das dificuldades vivenciadas, uma escuta compreensiva que oportunizava mobilizar outros recursos, minimizando riscos maiores para a saúde e a vida das pessoas.

Alguns alunos, inscritos no curso apresentavam dificuldade de realizar atendimentos dada a demanda que recebiam nos seus centros de trabalho. O desafio do sofrimento e das queixas trazidas por quem pedia ajuda, muitas vezes, ultrapassava os objetivos e limites dos Primeiros Cuidados Psicológicos, ainda que esses objetivos pudessem ser atendidos. Os dados oportunizaram a reflexão sobre diferentes concepções de psicoterapia, psicoterapia breve e outras variantes da atenção psicológica. O encaminhamento para continuidade de ajuda, que muitas vezes se mostrava necessário, esbarrava nos limites dos centros de atendimento pelo SUS.

As supervisões oportunizaram revisar conceitos tratados nas disciplinas teóricas, revisar os objetivos e possibilidade de ajuda dos Primeiros Cuidados Psicológicos, compreender a importância dos PCPs para diferentes profissionais no campo da saúde, compreender os desafios e possibilidades da Plataforma Autoestima para a saúde da população e a importância do SUS, enquanto política pública.

Os módulos teóricos, assim como os dados da supervisão representam os desafios que a Psicologia, a Medicina, o Serviço Social, assim como as diferentes áreas da Saúde e da Educação enfrentam na revisão dos conceitos de saúde física e saúde mental.

Considerações Finais

As diferentes dimensões das supervisões, tratadas nos depoimentos dos supervisores apresentados neste capítulo, permitem compreender a riqueza e a complexidade do atendimento oferecido pela Plataforma Autoestima, configurando-se as supervisões como espaço formativo para diferentes profissionais na área da saúde, educação e assistência social.

A dimensão desafiadora das supervisões, relacionava-se com a tristeza daqueles que procuravam ajuda, resultante de perdas e a confiança e disposição de quem oferecia ajuda a partir dos recursos disponíveis.

A tecnologia relacionada com a plataforma de atendimento oferecia desafios e novas possibilidades de aprendizagem. O atendimento proposto em um número reduzido de encontros e, em geral, em situações de crises foi um dos desafios a ser enfrentado. Na organização do processo de ajuda, a psicoterapia psicanalítica, originariamente constitui-se como um processo prolongado decorrente de seus objetivos

iniciais, sendo revisado pelos teóricos que sistematizaram a proposta de uma Psicoterapia Breve. Questões desta ordem atravessam o século XX, constituindo-se como pautas do século XXI, na contribuição que a Psicologia e outras áreas do conhecimento humano podem oferecer para a educação e promoção da saúde.

A dificuldade de conciliar as demandas do curso com as exigências do trabalho foi um dos aspectos que limitou a participação de alguns profissionais inicialmente interessados na proposta. Ainda que o Programa Autoestima tenha se constituído durante a pandemia/sindemia da Covid19, parte do sofrimento daqueles que procuravam ajuda resultava de circunstâncias anteriores agravadas pelas circunstâncias. Os temas tratados nas supervisões, relacionados com o sofrimento de quem solicitava ajuda, tais como violência contra vulneráveis, questões de gênero, sexualidade, suicídio, perdas, uso abusivo de álcool são reveladores dos desafios que nossa sociedade enfrenta.

Cabe ainda destacar, como contribuição desta experiência, a dificuldade de encaminhamento para o serviço público daquelas pessoas que necessitavam continuidade do atendimento. Os dados apresentados revelam a importância do PCP e do SUS como política pública de saúde.

O grupo de supervisoras, formado por profissionais com formações diversas que atendiam no campo da saúde e da educação continha a riqueza e os desafios da perspectiva interdisciplinar necessária para compreender a subjetividade humana.

Capítulo 11

PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS. A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA PERSPECTIVA VIRTUAL: O OLHAR DA TUTORIA

Juliana de Moraes Carvalho Rudge

Introdução

Com o advento da pandemia, fomos absorvidos para o mundo virtual de forma súbita. Isso nos revelou, para além de uma enorme desigualdade de acesso às tecnologias, uma dificuldade significativa em acolher um sofrimento que estava latente na sociedade, até pelo isolamento social que se fazia necessário na tentativa de impedir o avanço da pandemia. Consequentemente começaram a ocorrer iniciativas por parte dos profissionais de saúde para fazer esse acolhimento de forma online. Importante lembrar que isso se estendeu para além dos profissionais da psicologia que tinham respaldo do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020), abrangendo, então, diversos setores da saúde, como assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais, e etc.

Quando falamos em atendimento psicológico, tende-se a imaginar o processo de psicoterapia clínica que demanda uma quantidade maior de encontros e uma disposição maior para efeitos psicológicos. Entretanto, sabe-se que devido à dinâmica social na qual estamos inseridos, o atendimento psicológico ainda é muito restrito. Não se pode deixar de mencionar as inúmeras práticas que atuam numa perspectiva popular, porém ainda é um serviço restrito. Embora isso ocorra, os sofrimentos que emergem na sociedade continuam afligindo a vida dos sujeitos. Assim, é importante começar a se pensar alternativas práticas, norteadas por uma contextualização social e histórica dos sujeitos, para que a psicologia não se restrinja aos consultórios privados e isolados, pois há demandas urgentes de acolhimento e enfrentamento desses afetos.

Uma das iniciativas que trabalha com esse acolhimento é o que temos chamado de Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) que é uma ferramenta para a formação de

profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) para que atuem no acolhimento e intervenção em situações de crise, emergência e desastre.

O curso é oferecido pelo programa Autoestima conjuntamente com a Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP). Dentro do curso, que contempla aulas, atendimentos remotos à usuários do programa, e supervisões clínicas, temos uma função que é a da tutoria, e nesse capítulo buscaremos abordar a perspectiva da tutora do curso em sua terceira e quarta edição.

O que é a tutoria do curso Primeiros Cuidados Psicológicos?

Para falar da experiência propriamente dita enquanto tutora do curso, gostaria de dar um passo atrás para contextualizar o que é e qual a função do tutor.

Machado e Machado (2004) aponta que a tutoria enquanto função nasceu no século XV nas universidades com cunho religioso que tinha como objetivo difundir a moral religiosa e a fé. Já no século XX, o papel do tutor passa a ser de orientador e acompanhante das atividades que ocorriam dentro das Universidades. Essa perspectiva é a que tem sido adotada nos últimos anos com o avanço das formações educacionais à distância.

Com o avanço da difusão tecnológica e a utilização da tecnologia nos processos educativos, a função de um tutor tem ganhado cada vez mais espaço e funcionalidade. A tutoria mais utilizada, inclusive a experiência que aqui será abordada, consiste, por sua vez, em fazer a mediação entre os alunos e supervisores, como também dar suporte aos atendimentos, realização das atividades e acesso às plataformas de atendimento e armazenamento das aulas.

A experiência da tutoria tem evidenciado outras modalidades educativas que buscam ferramentas de auxiliar e facilitar de forma efetiva o processo de ensino-aprendizagem dos alunos, considerando o contexto na qual estão inseridos e facilitando a interação com os desenvolvimentos tecnológicos do mundo globalizado.

Pode-se dizer, então, que o tutor exerce a função de facilitador no processo de formação dos alunos que atuam inicialmente com os Primeiros Cuidados Psicológicos. Não só, mas além de fornecer suporte e auxiliar na busca pela integração dos conhecimentos colocados pelos professores e supervisores durante as aulas do curso, ele

reitera a responsabilidade pelo aprendizado do aluno e seu desenvolvimento e, assim, abre mais espaço e iniciativas para aumentar a participação do aluno na dinâmica do curso e estimular a troca de reflexões entre os alunos.

Cabe ressaltar que as formações à distância necessitam de adaptação não só dos alunos, mas também dos professores e supervisores. Consequentemente, o tutor exerce um papel fundamental com os alunos, mas também com os professores e supervisores, desde o manuseio com as plataformas tecnológicas, como de interação com os alunos e organização dos conteúdos (Geib *et al.*, 2007).

Além disso cabe ao tutor estar atento aos conteúdos ministrados em aula, incitar criticamente pensamentos acerca dos conteúdos didáticos, estimular debates entre os alunos, despertar colaboração entre os alunos, estar constantemente relembrando o cronograma de aulas e supervisões, como também resgatar com frequência os objetivos a serem cumpridos no curso, incentivando o uso das ferramentas disponibilizadas, dando suporte na troca entre os diferentes meios de comunicação, como vídeos, aulas, plataformas e etc, e também estimular os alunos a analisarem os conteúdos de forma crítica, criando entre eles um ambiente importante de troca e solidariedade, valorizando as experiências individuais entre eles (Oliva, 2010), ainda mais considerando que são profissionais que trabalham no Sistema Único de Saúde e que para além da formação e dos atendimentos do curso, possuem experiências práticas importantes e significativas que podem ser enriquecedoras para os demais integrantes do grupo quando compartilhadas.

Chamaria atenção para a importância do papel do tutor especialmente em tempos em que fomos absorvidos drástica e subitamente pelas tecnologias digitais como ferramenta de trabalho. No decorrer das edições do curso, nos deparamos com profissionais da saúde que estavam tendo seu primeiro contato com o mundo digital de forma diária e recorrente. Essa pressão imediata em adaptar-se às ferramentas virtuais gerou, em boa parte dos profissionais de saúde, níveis de estresse e preocupação em não dar conta das atividades que precisavam serem feitas. Isso ainda somado juntamente com a pressão em estar lidando no enfrentamento à covid-19. Alguns estudos recentes mostram que essa mudança drástica de adaptação às tecnologias digitais causou desenvolvimento de habilidades com uso da tecnologia, mas na contramão também suscitou sentimentos negativos, como raiva, ansiedade, tensão, frustração (Troitinho *et al.*, 2021).

Isto posto, o papel do tutor em se fazer presente mediante as dificuldades de acesso às plataformas e possibilitar maior integração ao curso foi fundamental. Pode-se citar alguns exemplos que necessitaram da ajuda do tutor, como acesso à plataforma Autoestima, acesso à plataforma da Univesp, como utilizar outras plataformas para assistir a aula, ou como fazer isso pelo celular dado que as configurações eram outras, sobre encaminhamento dos casos atendimentos e como levar isso ao supervisor, como também encaminhar os arquivos das atividades para plataforma e etc.

Percebe-se que boa parte dos profissionais que passaram pela formação utilizam o celular como ferramenta de acesso. Uma pesquisa realizada pelo CETIC (2020) demonstra que o celular foi o primeiro aparelho mais utilizado para realização das atividades remotas. Então o celular deixou de ser apenas um aparelho de uso individual para comunicação pessoal para se tornar ferramenta de trabalho e estudo. Nesse sentido, era possível perceber dificuldades para produção de atividades para serem postadas na plataforma no programa por exemplo, dado que boa parte não tinha tanto manuseio nem com o celular, nem com a plataforma em questão que também tem suas particularidades. E assim, a mediação do tutor foi importante não só no auxílio de realização das atividades e acesso dos conteúdos, mas também para legitimar a dificuldade enquanto algo comum e passível de ocorrer, não causando mais desconforto ou mais dificuldade.

Lembraria aqui também que embora sejam atividades que possam parecer simples, as dificuldades e angústias que emergem nessas situações são genuínas e merecem o devido cuidado, acolhimento e atenção, justamente por ser potencializada pelas dificuldades impostas pelo contexto pandêmico.

Não poderia deixar de mencionar o quanto que a experiência da tutoria possibilitou uma ampliação na minha formação enquanto profissional da psicologia, tanto ética, teórica e praticamente. E além da experiência prática com os alunos, pude ter contato com antigas tutoras do curso. O auxílio das tutoras que haviam me antecedido no processo da tutoria foi fundamental para que eu pudesse entender todo o processo de funcionamento do programa, prestando todo auxílio necessário. Isso foi essencial para que fosse possível dar suporte aos alunos no início da nova edição. Também cito aqui outras pessoas do Autoestima e da Univesp que deram suporte para dúvidas de ordem técnica de funcionamento nos momentos em que havia necessidade.

Sem a presença dessas pessoas, o trabalho não teria acontecido de forma eficiente como tem acontecido.

Aqui gostaria de chamar atenção para o aspecto coletivo que ronda o trabalho que tem sido feito, desde os supervisores, coordenadores, tutores e alunos. Percebe-se a integração e disposição entre os integrantes da equipe e auxílio mútuo entre todos quando necessário. Isso revela o cuidado que há quando se pensa a formação de outros profissionais no que diz respeito aos cuidados psicológicos, em especial quando se direciona a formação para profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) que enfrentam problemas estruturais na assistência à saúde e sua qualificação para prestação de cuidados é essencial (Batista; Gonçalves, 2011). Esse cuidado se estende, também, para as trocas de experiências que tem sido realizada entre os que compõe a equipe. Além do mais, pude ouvir experiências diversas e extremamente elaboradas por parte de profissionais que atuam no SUS e que conseguem, ainda que com toda precarização intencional do sistema de saúde público, criar práticas psicológicas potentes e abrangentes para os usuários do sistema.

Ao pensar a formação remota de um profissional que já atua no sistema de saúde pública, percebe-se um cuidado significativo no que diz respeito à escuta sobre os relatos dos colegas. Mais do que isso, faz-se extremamente necessário ouvir o que esses profissionais têm a dizer e refletir sobre sua prática profissional, pois é carregada de sentidos vivenciais.

Chamo atenção também para a experiência singular que é poder estar próximo dos alunos nos momentos de realização das atividades propostas no curso. O relato carregado de questões, dúvidas, anseios, inseguranças, seguranças, afetividade, medo, curiosidade, felicidade, nos traz uma dimensão importante do acolhimento psicológico que é a humanização daquele que atende uma demanda de ordem psicológica e que será discutida no próximo tópico.

O contato próximo com o profissional da saúde no decorrer da formação em Primeiros Cuidados Psicológicos

A experiência da tutoria possibilita que estejamos mais próximos aos alunos e de suas práticas no decorrer do curso. O fato do curso não se restringir aos psicólogos, mas

abranger profissionais da saúde para formação para acolhimento de demandas psicológicas, possibilita olhares multidisciplinares e integrados para as demandas que surgiram, ou seja, tematizando e integrando múltiplos fatores que atravessam a realidade do sujeito que busca por atendimento naquele momento. A possibilidade da abordagem PCP faz com que seja evidenciado um cuidado psicológico que seja comprometido com a empatia e acolhimento no momento da procura pelo atendimento.

Nesse sentido, através da tutoria pude perceber os sentimentos latentes dos alunos do decorrer da formação. Uma coisa que ficou muito evidente é o sentimento de solidão e isolamento do profissional que atua no SUS, no sentido de não terem contato ou terem pouco contato com outros profissionais que atuam na mesma perspectiva. Nos espaços de supervisão, como relatado em capítulos anteriores, foi possível perceber a surpresa e disposição em ouvir as experiências dos demais colegas e, especialmente, a identificação com a experiência do outro.

As experiências de supervisão e trabalhos em grupo são extremamente potentes por ser um espaço integrador, e por “trazer ganhos no sentido de compartilhar experiências, de ver-se por meio do outro, de identificar-se com as sensações que o colega teve em sua experiência” (Sei; Paiva, 2011, p. 3). E através disso, pude ouvir dos profissionais o quanto a formação estavam ampliando sua compreensão e repertório de atuação, inclusive possibilitando maiores reflexões para sua prática.

Ressalta-se também que a formação de um profissional para atuação no Sistema Único de Saúde se preocupa com uma formação que contemple não apenas a dimensão teórica e técnica da prática, mas também o social e histórico que faz parte da compreensão de existência dos sujeitos, e isso se relaciona, também, à importância do trabalho multidisciplinar para abranger as demandas que surgem no espaço comunitário.

Um aspecto curioso observado foi sobre certa dependência dos alunos nos primeiros momentos do curso. Costumo receber diversas mensagens que embora já tenha sido mencionado nas aulas iniciais, os alunos permanecem com dúvida e quando explicado individualmente a dúvida é contemplada. O que pode ser entendida através da ansiedade em saber como funcionará todo o processo de formação e por não estarem, ainda, habituados às plataformas que serão utilizadas nas aulas, atendimentos e supervisões. Gradativamente, percebe-se que eles vão adquirindo autonomia para resolverem as questões de forma mais simples, e vão ficando mais à vontade nos espaços que podem circular para trocar informações. Essa autonomia, como citado aqui

no tópico anterior, é parte do trabalho do tutor em estimular o desenvolvimento e responsabilização pelo seu próprio aprendizado.

Moran (2002) apontava que, por vezes, é difícil manter a motivação do aluno no presencial e no virtual quando não são envolvidos em processos participativos, afetivos e que transmitam confiança. De acordo com isto, o papel do tutor cumpre um papel fundamental nessa articulação conjuntamente com os conteúdos disponibilizados nas aulas, nos atendimentos, supervisões e nas atividades das plataformas digitais utilizadas pelo curso.

Isto posto, o auxílio do tutor exige que ele tenha, de acordo com Geib *et al.* (2007), atitudes éticas, autenticidade, coerência, comunicação efetiva e que saiba formas de acolher os alunos que ali estão, sempre visando o aprendizado de cada um e também considerando os benefícios das atividades coletivas que devem ser estimuladas entre eles.

Outro aspecto importante que vem sendo notado é que na terceira e quarta edição houve diferença na intensidade de participação dos alunos no decorrer das aulas e das supervisões. Na terceira edição em que pude fazer parte, os alunos estavam mais participativos e presentes. Na quarta edição, percebe-se certo distanciamento em algumas atividades. O que venho percebido é que com a retomada presencial de atividades da vida que antes estavam majoritariamente remotas, os alunos têm tido menos tempo e outros compromissos que ocupam o espaço de dedicação maior para o curso. Contudo, percebe-se também que isso não diminuiu o interesse, pois quando conversamos fora das atividades, eles demonstram curiosidade e tentativas de organização de tempo para cumprir todas as atividades.

Considerações finais

A experiência da tutoria no decorrer da formação em Primeiros Cuidados Psicológicos me proporcionou uma troca e um aprendizado que transcende os aspectos técnicos da formação, mas que abrange uma dimensão e um compromisso ético, político, social e profissional com a sociedade.

É evidente que cada vez se faz mais necessário pensar práticas de ampliação de cuidado psicológico para a população, dado que as circunstâncias sociais, políticas, econômicas e culturais são pilares do que compõe a compreensão de saúde mental.

Nesse sentido, as práticas que surgem como possíveis alternativas às normativas psicológicas, ou seja, saindo do ambiente exclusivamente clínico, mas ao mesmo tempo não retirando sua potencialidade enquanto espaço de cuidado, passam a ser vistas como igualmente potentes para enfrentamento dos afetos presentes no contexto social. Em especial, ao pensar todo o trabalho que tem sido realizado com a PCP na formação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde para cuidarem dos usuários do sistema, percebe-se o quanto essa possibilidade é potente e abrangente.

Enquanto tutora de duas edições da formação em Primeiros Cuidados Psicológicos pude vivenciar praticamente a construção e formação de alternativas essenciais para ampliação do cuidado psicológico para a população. Essa construção de alternativas práticas por parte de profissionais da saúde comprometidos ética e politicamente para ampliar o acesso aos cuidados psicológicos para a população me remete às práticas de transformação da realidade citadas por Paulo Freire. Freire (1974, p. 121), ao falar sobre ações práticas no mundo, diz que “se os sujeitos são seres do quefazer é exatamente porque seu fazer é ação e reflexão. É práxis. É transformação do mundo. E, na razão mesma em que o quefazer é práxis, todo fazer do que fazer tem de ter uma teoria e prática. É reflexão e ação”. Ou seja, essa reflexão e ação, tanto teoricamente como praticamente, tem sido realizada nas edições de formação em Primeiros Cuidados Psicológicos.

Essa ação de formação de profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia um compromisso social e histórico daquele que trabalha com o cuidado com a saúde. É a partir desse compromisso e de ações materiais da realidade que visam a transformação, que pode-se falar em esperança. A esperança para Freire (1992, p. 15):

não ganha a luta sozinha, mas sem ela a luta fraqueja. A esperança se ancora na prática para poder se tornar concretude histórica. Sem um mínimo de esperança não podemos sequer começar o embate, mas, sem o embate, a esperança, como necessidade ontológica, se desavora, se desdереça e se torna desesperança.

Isto posto, a ação conjunta da equipe que compõe a formação em Primeiros Cuidados Psicológicos, como os coordenadores, supervisores, professores, tutores, auxiliares técnicos e alunos nos dá esperança em pensar um cuidado com a saúde mental integrado aos aspectos de bem-estar social, e mais do que isso, construindo

ferramentas para ampliar o cuidado e enftretamento aos afetos que se fazem presentes na vida dos sujeitos.

Referências

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?format=pdf&lang=p>

Acesso em: 27 de maio de 2022.

CETIC. **Painel TIC Covid-19**: pesquisa sobre o uso da internet no Brasil durante a pandemia do novo coronavírus. 3. ed. [São Paulo]: CETIC, 2020. Disponível em: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20201104182616/painel_tic_covid19_3edicao_livro%20eletr%C3%B4nico.pdf. Acesso em: 26 maio 2022.

CFP. **Coronavírus**: comunicado sobre atendimento on-line. Brasília, DF: CFP, 2020.

Disponível em:

<https://site.cfp.org.br/coronavirus-comunicado-sobre-atendimento-on-line/#:~:text=Profissionais%20poder%C3%A3o%20fazer%20atendimento%20on.de%20cadastro%20no%20e%2DPsi> Acesso em: 25 maio 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

GEIB, L. T. C. *et al.* A tutoria acadêmica no contexto histórico da educação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 217-220, mar./abr. 2007.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/fwPjWjw5KgyXp3JfprqcYrs/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 29 maio 2022.

MACHADO, L. D.; MACHADO, E. C. O papel da tutoria em ambientes de EAD. *In*: Congresso Internacional da ABED, 11., Salvador, 2004. [S. l.: s.n.], 2004. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/pdf/022-TC-A2.pdf>. Acesso em: 30 maio 2021.

MORAN, J. M. **Contribuições para uma pedagogia online**. [São Paulo: ECA-USP], 2002.

OLIVA, A. D. **Relato de experiência**: meu trabalho de tutoria à distância através de Ambientes Virtuais de Aprendizagem no I Curso de Especialização em Ensino de Ciências da UTFPR/PR. Foz do Iguaçu: [s. n.], 2010. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2010/cd/252010180043.pdf>. Acesso em: 28 maio 2022.

SEI, M. B; PAIVA, M. L. S. C. Grupo de supervisão em psicologia e a função de holding do supervisor. **Psicologia Ensino & Formação**, Brasília, DF, v. 2, n. 1, p. 9-20, 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2022.

TROITINHO, M. C. R. *et al.* Ansiedade, afeto negativo e estresse de docentes em atividade remota durante a pandemia da COVID-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 20, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/W93PH7nPTTMtYpDDC3bZXTR/?lang=pt>. Acesso em: 29/05/2022.

Sobre as Autoras

Dafne Rosane Oliveira

Psicóloga clínica, professora universitária e membra no NIPED - Núcleo de Intervenções Psicológicas em Emergências e Desastres. Mestre em Ciências do Comportamento (UnB) e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano (USP).
oliveiradafne@alumni.usp.br

Elaine Gomes dos Reis Alves

Psicóloga. Docente. Pós-doutorado e Doutorado pelo Instituto de Psicologia USP. Pós-graduada em Redução do Risco de Desastres pelo Centro Internacional de Formação, Organização Internacional do Trabalho da ONU – CIF/OIT/ONU, Turim, Itália. Especialista em Perdas, Luto, Emergências e Desastres. Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte do Instituto de Psicologia USP. CEO da Prestar Cuidados em Psicologia. Coordenadora do Núcleo de Intervenções Psicológicas em Emergências e Desastres – NIPED.

elainegralves@gmail.com

Helena Rinaldi Rosa

Psicóloga, Mestre, Doutora e Livre-Docente em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, na área de avaliação psicológica.

hrinaldi@usp.br

Henriette Tognetti Penha Morato

Professora Associada Senior do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Coordena o Laboratório de Estudos em Fenomenologia Existencial e Prática em Psicologia – LEFE/IPUSP. Membro do GT ANPEPP "Práticas psicológicas em Instituições". Líder do Grupo de Pesquisa no Diretório CNPq "Prática Psicológica em

Instituições de Saúde e Educação". Convênio PRÁXIS celebrado entre IPUSP, UNICAP, UFF e UFMG (Brasil) com a UE e UBI (Portugal). Membro Titular da Cadeira 29 da Academia Paulista de Psicologia.

hmorato@usp.br

Julia Bartsch

Psicóloga, psicanalista, mestre em Psicologia Clínica (IPUSP) e doutoranda Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP) com pesquisas relacionadas aos processos migratórios. É membro do Grupo Veredas - Psicanálise e Imigração, braço do Laboratório de Psicanálise, Sociedade e Política - USP. Tem longa experiência internacional em grandes organizações humanitárias (Médicos Sem Fronteiras-MSF e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha-CICV) além do Brasil, onde atuou com MSF no Suporte Psicossocial, foi Presidente de MSF Brasil (2017-2020) e coordenadora da Força Tarefa de Saúde Mental COVID-19.

julia.bartsch@unifesp.br

Juliana de Moraes Carvalho Rudge

Psicóloga e mestre em Ciências pela USP. Membro do Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar (LIEPPE).

julianarudge@gmail.com

Laura Almeida Antunes

Psicóloga Clínica; Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano do IPUSP; Docente do curso de Graduação de Psicologia do UNASP; Consultora da UNESCO junto ao MEC; Formada em Redução do Risco de Desastres pelo Centro Internacional de Formação, Organização Internacional do Trabalho da ONU – CIF/OIT/ONU, Turim, Itália.

lantunes048@gmail.com

Laura Marisa Carnielo Calejon

Psicóloga, posdoutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Coordenadora do Centro de Desenvolvimento Pessoal e Profissional (CEDEPP)

lauracalejon@gmail.com

Maria Júlia Kovacs

Psicóloga. Professora Livre Docente Sênior do Instituto de Psicologia USP. Membro Fundador do Laboratório de Estudos sobre a Morte. Aurora do Livro Educação para a Morte. Quebrando paradigmas. (2021) Coordenadora do livro Morte e Desenvolvimento Humano (1992)

mjkoarag@usp.br

Marilene Proença Rebello de Souza

Psicóloga, Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Coordenadora do Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar, Pesquisadora e docente do Programa de Pós-Graduação Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, USP. Membro da Academia Paulista de Psicologia, ocupando a Cadeira no. 02, Lourenço Filho.

mprdsouz@usp.br

Walter José Martins Migliorini

Psicólogo; mestre em Epistemologia da Filosofia e da Psicanálise, pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Doutor em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP). Atuou como supervisor clínico externo na UFSCar e como docente do Curso de Especialização em Psicoterapias de Orientação Psicanalítica, junto ao Departamento de Medicina. Atualmente, é docente aposentado do Departamento de Psicologia Clínica, da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Ciências e Letras, Assis. É colaborador voluntário do Projeto Apoiar, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social (IPUSP).

walter.jose@unesp.br

