



# ENCONTROS, AFETOS E CUIDADO

Uma formação para  
emergências e desastres

SECRETARIA DE  
DESENVOLVIMENTO  
SOCIAL



 UNIVATES

# ENCONTROS, AFETOS E CUIDADO

Uma formação para  
emergências e desastres

MÓDULO 03:  
SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SECRETARIA DE  
DESENVOLVIMENTO  
SOCIAL



Lajeado/RS, 2025  
1<sup>a</sup> edição

**Gestora do projeto**

Viviane Maria Theves Eckhardt

**Coordenação do projeto**

Gisele Dhein - CRP 07/15814

**Equipe técnica**

Bruna Zanini Fiorin - CRP 07/42904

Carine Bagestan - CRESS/RS 11406

Elisângela Beatris Becker - CRESS/RS 5910

Erica Franceschini - CRP 07/22656

Milena Schmidt de Oliveira - CRP 07/42766

Viviana da Silva Ben - CRESS/RS 9456

**Estagiárias de psicologia**

Claudia Kempfer Arnhold

Kaiane Agostini Staffen

Nicole Marques Pontes

**Auxiliar administrativa**

Luana Cristina Kollet

# Siglas e Abreviaturas

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CC** – Centros de Convivência

**CEREST** – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador

**CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social

**CREAS** – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**GIRD** – Gestão Integral de Riscos e de Desastres

**IASC** – Inter-Agency Standing Committee

**IFRC** – Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho

**IML** – Instituto Médico Legal

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**PCP** – Primeiros Cuidados Psicológicos

**PNAS** – Política Nacional de Assistência Social

**PNSTT** – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

**PVC** – Programa de Volta para Casa

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RENAST** – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SMAPS** – Saúde Mental e Atenção Psicossocial

**SPA** – Substâncias Psicoativas

**SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TDAH** – Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

**TEA** – Transtorno do Espectro Autista

**TEPT** – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

**UA** – Unidade de Acolhimento

**UBS** – Unidade Básica em Saúde

**UNICEF** – Fundação das Nações Unidas para a Infância

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

# SUMÁRIO

01	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>06</b>
02	<b>SMAPS</b>	<b>09</b>
03	<b>FATORES DE RISCO X FATORES PROTETIVOS</b>	<b>21</b>
04	<b>PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS</b>	<b>27</b>
05	<b>IMPACTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS SMPAS</b>	<b>35</b>
06	<b>REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS</b>	<b>41</b>
07	<b>PÚBLICO PRIORITÁRIO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b>	<b>45</b>
08	<b>CUIDADO AO TRABALHADOR</b>	<b>50</b>
09	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>56</b>

1

# APRESENTAÇÃO

**A**s emergências e desastres têm aumentado em frequência e impacto no contexto brasileiro, afetando de maneira desproporcional e recorrente populações em situação de vulnerabilidade social. Nesses momentos, as equipes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) atuam de forma essencial na linha de frente, garantindo proteção social, acolhimento e atendimento às famílias e indivíduos afetados.

Nesse cenário, os impactos psicossociais tanto para os(as) usuários(as) quanto para as equipes da rede têm sido significativos, evidenciando a necessidade do uso de estratégias específicas de atenção psicossocial para minimizar o sofrimento. Durante emergências e desastres, diversas reações emocionais podem surgir e esta apostila tem como objetivo apresentar quais dessas reações são esperadas após a vivência de uma experiência traumática e devem ser acolhidas, além de identificar sinais importantes que não devem ser negligenciados.

Assim, o material busca orientar sobre os cuidados em Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) como parte das ações protetivas e humanitárias nos territórios, focando nas fases de Resposta e Recuperação após a ocorrência de um desastre. A proposta é alinhar os referenciais internacionais — em especial da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Comitê Permanente entre Agências (IASC) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) — aos princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e às normativas que regem a atuação do SUAS em contextos de crise.

Mais do que responder aos danos materiais, a atuação da assistência social nesses contextos exige sensibilidade para reconhecer e acolher o sofrimento emocional e os impactos psíquicos enfrentados pelas populações atingidas — como perdas traumáticas, insegurança, luto, deslocamentos forçados, rupturas familiares e comunitárias, entre outros efeitos que comprometem diretamente o bem-estar e a dignidade humana (OPAS, 2015; Ministério da Saúde, 2020).

Este material foi elaborado para subsidiar a atuação dos profissionais da Política de Assistência Social, considerando os diferentes níveis de atenção em saúde mental, os públicos prioritários e a relevância da articulação intersetorial com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ao concluir este módulo, espera-se que a profissional tenha adquirido conhecimentos sobre:

- ✓ Os conceitos fundamentais de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) em emergências e desastres, os níveis de intervenção, a atuação intersetorial conforme o IASC, bem como a identificação dos fatores de risco e proteção, com ênfase em estratégias éticas de atendimento e Primeiros Cuidados Psicológicos (PCPs).
- ✓ Os impactos emocionais em contextos de crise, incluindo luto, risco de suicídio, uso de substâncias e desorganização social, além de estratégias para reconhecimento, acolhimento e prevenção.
- ✓ A organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e seu papel no cuidado integral em saúde mental durante emergências.
- ✓ A identificação do público prioritário para atenção psicossocial — pessoas em vulnerabilidade social, crianças, adolescentes, idosos, profissionais da segurança pública, vítimas de violência e seus familiares — conforme as legislações que asseguram atendimento prioritário pelo SUS.
- ✓ A importância do cuidado integral ao trabalhador na linha de frente das emergências, incluindo estratégias institucionais e individuais para promoção do bem-estar, monitoramento do sofrimento psíquico e o papel das políticas públicas e da gestão para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento.



SMAPS



## 2. Saúde Mental e Atenção Psicossocial - SMAPS

### 2.1 Conceituando

**N**o contexto de emergências e desastres, é fundamental reconhecer os impactos psicológicos causados por esses eventos. Essa compreensão é essencial para elaborar estratégias de intervenção mais eficazes e direcionadas dentro da Gestão Integral de Riscos e de Desastres (GIRD), na qual as políticas sociais também devem estar presentes. A dimensão emocional dos desastres exige o entendimento de que traumas e catástrofes podem gerar diferentes formas de sofrimento e transtornos mentais, os quais necessitam de abordagens culturalmente sensíveis, tanto em nível individual quanto coletivo (KIRMAYER et al., 2010).

Evidências indicam que, com o evento do desastre, há um agravamento em problemas de saúde mental, sendo que há um número de afetados que sofrerá com quadros mais graves, mas por outro lado, a maior parte dos afetados estará em um quadro leve de sofrimento (VAN OMMEREN et al., 2005). A Organização Mundial da Saúde (OMS), descreve um conjunto de estimativas acerca do impacto na saúde mental em adultos afetados por emergências e conflitos armados, no qual espera-se uma prevalência de 3 a 5,1% de pessoas com transtornos mentais graves, e de 15% a 20% de transtornos mentais leves a moderados nos 12 meses subsequentes a um evento (PAHO/WHO, 2016).

O declínio de reações emocionais esperadas para o contexto de desastre também é um conceito presente na literatura. Em afetados, comprehende-se que há reações psicológicas consideradas normais no pós-desastre; algumas que passarão ao longo do tempo; e outras que permanecerão, demandando uma atenção especializada. Taborda (2006) apresenta um quadro específico para cada período pós evento, conforme tabela a seguir:

**TABELA 1 – AS FASES E SUAS CONSEQUENTES REAÇÕES PSICOLÓGICAS**

Fase	Reação psicológica
<b>Primeiras 72 horas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crises emocionais;</li> <li>- Entorpecimento psíquico: se veem assustadas, apáticas e confusas;</li> <li>- Excitação aumentada ou “paralisada” pelo medo;</li> <li>- Ansiedade difusa;</li> <li>- Medo de conhecer a realidade;</li> <li>- Dificuldade de aceitar ajuda e a situação crítica em que se encontra;</li> <li>- Instabilidade afetiva com variações extremas;</li> <li>- Ocasionalmente, estado de confusão aguda.</li> </ul>
<b>Primeiro mês</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aflição e medo, nervosismo;</li> <li>- Tristeza;</li> <li>- Luto;</li> <li>- Sintomas psicossomáticos variados;</li> <li>- Preocupação exagerada, irritabilidade, agitação motora, alteração nos comportamentos habituais, perda de sono e apetite;</li> <li>- Problemas nas relações interpessoais e no desempenho do trabalho.</li> </ul>
<b>2 a 3 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedade que se reduz;</li> <li>- Tristeza que persiste por mais tempo;</li> <li>- Tristeza e ansiedade pouco aparentes, mas refletidas no aumento da agressividade (doméstica, autoagressão) e aumento no consumo de álcool e psicoativos;</li> <li>- Sentimento de desmoralização diante das dificuldades de adaptação ou se a ajuda demora;</li> <li>- Sentimento de raiva que se acentua se houver discriminação, vitimização ou impunidade;</li> <li>- Sintomas psicossomáticos persistentes;</li> <li>- Ocasionalmente, sintomas de estresse pós-traumático.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de CFP (2021).

Essas diferenças em saúde mental entre as populações afetadas têm sido discutidas em âmbito internacional por meio de articulações interinstitucionais, que tem se dado na centralidade da Organização das Nações Unidas (ONU).

**Podem ser consideradas pessoas afetadas por um desastre aquelas que vivenciaram impactos diretos ou indiretos do evento, incluindo: os feridos; familiares de pessoas ou animais feridos ou mortos; indivíduos que estavam nas proximidades do local; os desalojados; os desabrigados; e todos que, de alguma forma, atuaram na resposta ao desastre, como profissionais de resgate, da saúde, do Instituto Médico Legal (IML), dos serviços funerários, além de voluntários (GÜNTHER et al., 2017).**

Vale rememorar que, no ano de 1991, uma Assembleia Geral da ONU deliberou pela criação do escritório para coordenar assuntos humanitários, com o objetivo de fortalecer a ONU diante de emergências e desastres mediante estudos que elaborem diretrizes de atuação nesses contextos. Tal movimento levou à criação do *Inter-Agency Standing Committee* (IASC), traduzido como Comitê Permanente Interagências, cujos membros compõem diversas agências da ONU e intergovernamentais de cuidado humanitário, tais como a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), os Médicos Sem Fronteiras; a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho (IFRC), além de outras instituições e organizações (GAGLIATO, 2018).

Uma das diretrizes criadas pelo IASC é intitulada *Diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias*, publicada no ano de 2007, na qual são estabelecidas ações mínimas para a saúde mental e apoio psicossocial aos afetados por desastres e emergências, através de estratégias para caracterizar os tipos de cuidado, de acordo com os níveis de vulnerabilidade dos sujeitos. Neste documento, encontramos a compreensão do termo aqui utilizado, o qual é central neste módulo 3, quer seja, Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS).

### O que é SMAPS?



**“Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS – sigla em inglês, MHPSS) é um termo composto usado nestas diretrizes para descrever qualquer tipo de apoio local ou externo cujo objetivo seja proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar o transtorno mental” (IASC, 2007, p. 16).**



A SMAPS comprehende uma abordagem intersetorial que objetiva reduzir o sofrimento psicológico e os impactos emocionais em situações de emergência

e desastres, fortalecendo os indivíduos e os coletivos através do acesso ao suporte psicológico e social (com respeito à cultura e valores da população afetada). Logo, a SMAPS é essencial no contexto de emergências e desastres quando busca apoiar pessoas enlutadas e/ou com medo, fortalecendo as redes de apoio sociais e familiares em articulação com os serviços de saúde mental e ações comunitárias, promovendo uma escuta ativa e ofertando informações e orientação.

Os conceitos de **saúde mental** e **atenção psicossocial** frequentemente são utilizados em guias, artigos e protocolos como sinônimos, porém, nesta apostila faremos a distinção entre eles, tencionando a construção de saberes que os envolve. Compartilhamos dessa compreensão com a pesquisadora Débora Noal que, em sua Tese de Doutorado defendida no ano de 2018, assinala que as principais leis que regem a Saúde (Lei nº 8.080/90), Assistência Social (Lei nº 8.742/93) e Defesa Civil (Lei nº 12.608/12) no Brasil, não mencionam, em nenhum momento, os termos saúde mental e/ou atenção e apoio psicossocial em situações de emergências e desastres.

Noal (2018) busca nos documentos de referência justificar a distinção presente nos conceitos saúde mental e atenção psicossocial. Logo, apresenta a Lei nº 10.216/01 que utiliza o termo saúde mental para reger a própria política (Política Nacional de Saúde Mental), a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Já a Lei nº 10.708/03, que institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, o termo utilizado é Atenção Psicossocial (em alguns materiais encontramos, como sinônimo, o termo Apoio Psicossocial). Igualmente, a Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), faz uso do termo atenção psicossocial, em detrimento de saúde mental.

Uma importante publicação lançada pelo Ministério da Saúde são os *Cadernos de Atenção Básica* que, no ano de 2013, no caderno número 34, menciona que saúde mental não é o oposto de saúde física, mas implica no sofrimento de pessoas, o qual merece enfoque específico (MS, 2013). Ademais, buscando nos relatórios da OMS perquirir o termo **saúde mental**, este é descrito como “[...] um estado de bem-estar no qual o indivíduo perceba as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade” (WHO, 2001, texto digital). Nesse entendimento, chamamos atenção ao termo *bem-estar* (presente também na definição da SMAPS acima) como componente do conceito de saúde mental, visto que o bem-estar é um construto de natureza subjetiva que sofre a influência da cultura de um local e/ou território.

Neste módulo, caminhamos com Paulo Amarante que no livro intitulado *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2007), comprehende saúde mental como um campo amplo de saberes e cuidados, que vai além da psicopatologia e da semiologia. Isso significa que não se limita apenas ao diagnóstico e tratamento de doenças mentais. Pelo contrário, o cuidado em saúde mental envolve ações interdisciplinares e integra diferentes áreas de políticas públicas, atuando tanto no nível individual quanto coletivo. Para tanto, operacionaliza-se suas ações no campo do Apoio/Atenção Psicossocial, o qual pode ser entendido como o lugar social para as pessoas em sofrimento psicológico serem acolhidas, recebendo o cuidado necessário o qual não se limita à assistência, mas resulta de um processo de vínculos em uma rede de diferentes cuidados e saberes.

A utilização de ambos termos segue a diretriz internacional do IASC que nomeia SMAPS como campos que se sobrepõem e se complementam quando orientam o campo de emergências e desastres, levando em conta fatores que tanto podem proteger quanto vulnerabilizar a saúde mental das populações afetadas – conforme iremos discorrer no próximo tópico. Por ora, reforçamos o papel dos técnicos da Política de Assistência Social na SMAPS de emergências e desastres, à medida que a maioria das pessoas que vivenciam algum evento extremo precisarão de cuidados básicos de saúde, segurança pública e proteção social.

**Importante explicitar que, a partir das diretrizes do IASC (2007), foi construída uma pirâmide de intervenções (Figura 1) que nivela os tipos de suporte complementares e integrados durante uma emergência ou desastre, sobre a qual será discorrido com mais profundidade no próximo tópico desta apostila**

**FIGURA 1 – PIRÂMIDE DE INTERVENÇÕES NO IASC**



FONTE: OPAS, 2020.

Diante disso, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) pode ser considerada um dispositivo fundamental nas ações estratégicas da SMAPS, uma vez que na base da pirâmide encontra-se o acesso a serviços básicos e de segurança (SUS, Sistema Único de Assistência Social - SUAS, Defesa Civil/Corpo de Bombeiros); o nível acima incide ao fortalecimento de apoios comunitários e familiares (reforçando o trabalho a ser realizado na coletividade); no terceiro nível, o apoio não especializado pode ser efetivado tanto pelas equipes de matriciamento SMAPS quanto pelo SUAS e, por fim, os serviços especializados receberão as demandas mais graves relacionadas à saúde mental. Nesse sentido, a assistência social exerce um papel central no fortalecimento dos processos de cuidado, acesso e da garantia de direitos a SMAPS das populações afetadas por emergências e desastres.

**“A saúde mental é uma política transversal. Por isso, devemos trabalhar, como em todas as políticas de saúde, de forma intersetorial, cuidado-centrada e com ações desenvolvidas no território, de forma a possibilitar a participação efetiva da comunidade no processo de cuidado” (CABRAL et al., p. 10, 2022).**

Vejamos como se operacionaliza a intervenção na SMAPS no tópico abaixo.

## **2.2. Intervenção na SMAPS**

Há diversas possibilidades de intervenções voltadas à Saúde Mental e Apoio Psicossocial em situações de emergências e desastres. De acordo com a abordagem da pirâmide (Figura 1), essas ações devem ocorrer simultaneamente, organizadas da base (atendimento universal e comunitário) ao topo (cuidados especializados), garantindo acesso progressivo e adequado às necessidades da população.

### *2.2.1 Serviços Básicos e Segurança [base da pirâmide]*

Corresponde às necessidades humanas fundamentais. Segundo o IASC, proteger a saúde mental e o bem-estar começa pelo acesso a condições básicas de vida digna, que reduzem o sofrimento e evitam agravamento emocional. Algumas das necessidades que compõem esse nível são:

**TABELA 2 - SERVIÇOS BÁSICOS E SEGURANÇA**

Ação	Exemplos
<p><b>Acesso garantido a abrigo, alimentação, água potável, saneamento e proteção física.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferta de abrigo temporário ou permanente para pessoas em situação de rua, vítimas de violência, desastres ou desassistidas socialmente;</li> <li>- Distribuição regular de alimentos e cestas básicas por meio da assistência social ou parcerias comunitárias;</li> <li>- Acesso à água potável e saneamento básico, com instalação de banheiros públicos, pias comunitárias, pontos de água limpa e coleta de lixo;</li> <li>- Articulação com a rede de proteção social para garantir acesso a benefícios sociais, transporte e documentação básica.</li> </ul>
<p><b>Ambientes seguros e dignos, que promovam sensação de segurança e estabilidade, principalmente para populações vulneráveis (crianças, mulheres, idosos, pessoas com deficiência).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de locais de acolhimento seguros e bem estruturados, voltados especialmente a crianças, mulheres, idosos e pessoas com deficiência;</li> <li>- Garantia de iluminação, privacidade e acessibilidade nos abrigos e nos espaços comunitários de atendimento;</li> <li>- Capacitação de profissionais e cuidadores para o manejo humanizado de populações em sofrimento e risco;</li> <li>- Monitoramento e prevenção de violência, negligência e abusos dentro dos espaços de abrigo ou instituições.</li> </ul>

Fonte: produzido pelas autoras

***A privação dessas necessidades básicas agrava o estresse psicológico e gera sofrimento emocional intenso. Autores como Franco (2015) destacam que sem segurança e dignidade, qualquer intervenção psicológica será insuficiente.***

### 2.2.2 Apoio Comunitário e Familiar

Neste nível, o foco é a reconstrução e fortalecimento das redes sociais, que são essenciais para o enfrentamento coletivo das adversidades. A vida comunitária favorece o senso de pertencimento e proteção mútua. Entre as ações propostas estão:

**TABELA 3 - APOIO COMUNITÁRIO E FAMILIAR**

Ação	Exemplos
<p><b>Fortalecimento da família, vizinhança, redes comunitárias, grupos religiosos e culturais, que oferecem suporte emocional e prático.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estímulo à convivência entre vizinhos por meio de encontros comunitários;</li> <li>- Apoio a grupos religiosos e espirituais como espaços de acolhimento;</li> <li>- Incentivo à atuação de lideranças locais na escuta e apoio aos moradores;</li> <li>- Criação de espaços de escuta e partilha para famílias em situação de vulnerabilidade.</li> </ul>
<p><b>Promoção de ações educativas, recreativas, espirituais e culturais, como rodas de conversa, oficinas culturais, atividades esportivas e celebrações religiosas, que ajudam na reorganização social e emocional.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodas de conversa temáticas com foco em saúde mental e enfrentamento de crises;</li> <li>- Oficinas culturais (artesanato, música, teatro, pintura, entre outras);</li> <li>- Realização de atividades esportivas coletivas como estratégia de promoção de bem-estar e integração social;</li> <li>- Apoio e participação em celebrações religiosas, respeitando as crenças locais e incentivando a espiritualidade como fonte de suporte emocional.</li> </ul>

Fonte: produzido pelas autoras

**Sant'Anna Filho (2017) e Franco (2015) reforçam que a mobilização social é um potente fator de resiliência coletiva e deve ser estimulada desde o início da resposta emergencial.**

## 2.2.3 Apoio Psicossocial Não Especializado

Este nível envolve ações realizadas por profissionais que não são da saúde mental, mas que recebem capacitação básica em escuta e apoio emocional. Entre as ações estão:

**TABELA 4 - APOIO PSICOSSOCIAL NÃO ESPECIALIZADO**

Ação	Exemplos
<b>Atendimento inicial por agentes comunitários de saúde, professores, líderes comunitários, assistentes sociais e outros profissionais da linha de frente.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Capacitação e atuação de agentes comunitários de saúde, professores, líderes comunitários, assistentes sociais, entre outros profissionais, para identificar sinais de sofrimento e vulnerabilidades;</li><li>- Visitas domiciliares e escuta qualificada em espaços comunitários (escolas, igrejas, unidades de saúde, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS);</li><li>- Identificação de casos que necessitam de encaminhamento para atenção especializada.</li></ul>
<b>Escuta ativa e empática, acolhendo o sofrimento sem julgamento.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acolhimento sem julgamento, respeitando o tempo e a narrativa de cada pessoa;</li><li>- Reconhecimento das emoções e validação do sofrimento vivido;</li><li>- Criação de vínculo e sensação de cuidado desde o primeiro contato.</li></ul>
<b>Realização de Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP): abordagem breve que oferece acolhimento, segurança emocional, orientações práticas e encaminhamentos necessários.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicação da abordagem dos Primeiros Cuidados Psicológicos, conforme orientações da OMS e do IASC;</li><li>Forneceimento de informações claras e práticas sobre a situação vivida e os recursos disponíveis;</li><li>- Apoio à estabilização emocional por meio de escuta ativa, orientação, identificação de redes de apoio e, quando necessário, encaminhamento para serviços especializados (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, etc.</li></ul>

Fonte: produzido pelas autoras

**O objetivo é evitar que situações de sofrimento leve e moderado evoluam para quadros mais graves, além de ampliar a rede de apoio acessível à população.**

## 2.2.4 Cuidados Especializados em Saúde Mental [topo da pirâmide]

No topo da pirâmide estão os cuidados especializados, necessários para situações de sofrimento intenso ou transtornos mentais graves. As ações propostas são:

**TABELA 5 - CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE MENTAL**

Ação	Exemplos
<b>Atendimento psicológico e psiquiátrico especializado, voltado para pessoas com transtornos como psicoses, transtornos de humor severos, TEPT grave, risco de suicídio ou autolesão.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Avaliação e acompanhamento psicológico e psiquiátrico de pessoas com psicoses, transtornos de humor severos, Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), e outras condições que impactam significativamente o funcionamento psicosocial;</li><li>- Acolhimento e atendimento de indivíduos com risco de suicídio ou autolesão, com manejo clínico e plano de segurança individualizado;</li><li>- Prescrição e monitoramento de psicofármacos, quando indicado, em articulação com a rede de apoio familiar e comunitária.</li></ul>
<b>Intervenções clínicas individualizadas ou em grupos terapêuticos, ofertadas em serviços como CAPS, ambulatórios de saúde mental, serviços de emergência psiquiátrica ou consultórios privados e comunitários.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Realização de psicoterapia individual conforme necessidade do paciente;</li><li>- Desenvolvimento de grupos terapêuticos temáticos (por exemplo: manejo da ansiedade, luto, prevenção à recaída, habilidades sociais);</li><li>- Atendimento multiprofissional em espaços como: CAPS; Ambulatórios de Saúde Mental; Serviços de emergência psiquiátrica (hospitalares ou municipais); Consultórios privados e comunitários, em articulação com a rede SUS.</li></ul>

Fonte: produzido pelas autoras

**Destaca-se que nem todas as pessoas afetadas por desastres necessitarão de cuidado especializado, mas aquelas que precisam não podem ser negligenciadas. Sant'Anna Filho (2017) destaca que o acesso ao cuidado especializado muitas vezes é escasso em áreas afetadas, tornando essencial o fortalecimento da rede local.**

## **IMPORTANTE**

**O modelo do IASC não propõe ações isoladas, mas integradas e complementares, onde todos os setores (assistência social, saúde, educação, segurança pública, defesa civil e comunidade) atuam conjuntamente. Assim, todos os níveis devem ser trabalhados desde o início da resposta à emergência, e não apenas após a estabilização da situação. Além disso, a saúde mental e o apoio psicossocial devem ser inseridos no plano geral de resposta a desastres, e não tratados como ações paralelas ou secundárias.**

**A proteção social preconizada pelo SUAS, por seu turno, implica na compreensão das vulnerabilidades sociais (já apresentadas no Módulo 2 – SUAS), considerando seu público específico e mapeando fatores de risco e de proteção que envolvem determinados sujeitos, famílias e comunidades. Vejamos, no próximo capítulo, quais são estes fatores e como os técnicos da Assistência Social podem avaliar os fatores protetivos e de riscos no âmbito da SMAPS.**



# **FATORES DE RISCO**

**X**

# **FATORES PROTETIVOS**



### 3. Fatores de risco x fatores protetivos

**A** abordagem da SMAPS no contexto de emergências e desastres leva em consideração fatores de risco e fatores de proteção que influenciam o bem-estar psicológico e social das pessoas, famílias e comunidades afetadas.

Weintraub et al. (2022), ao apresentar a temática da *Demanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (no contexto da pandemia de Covid-19), reforça que uma boa análise da demanda em saúde mental leva em conta esses fatores – de risco e de proteção – sendo importante essa compreensão tanto na identificação do sofrimento psíquico quanto nas etapas de acolhimento, acompanhamento e articulação do campo de saúde mental e atenção psicossocial com outros setores. Em seguida, a pesquisadora dá enfoque à etapa de reconstrução pós-desastres e emergências e exemplifica alguns fatores que influenciam o bem-estar das pessoas – os quais estão descritos no *Relatório de Saúde Mental* da ONU, publicado em 2022 – e que influenciam na elaboração de estratégias de cuidado.



**O Relatório de Saúde Mental (2022) está disponível em outros idiomas, porém não em português, podendo ser acessado aqui: QR Code 2**



**TABELA 6 - EXEMPLO DE FATORES DE RISCO E PROTETIVOS  
QUE INFLUENCIAM NA SAÚDE MENTAL**

FATORES PROTETIVOS Elevam a saúde mental	FATORES DE RISCO Reduzem a saúde mental
<b>INDIVIDUAIS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores genéticos;</li> <li>- Habilidades sociais e emocionais;</li> <li>- Senso de autoestima e autocontrole;</li> <li>- Boa saúde física;</li> <li>- Atividade física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fatores genéticos;</li> <li>- Baixa escolaridade;</li> <li>- Uso de álcool e drogas;</li> <li>- Deficiência de vitamina D;</li> <li>- Insatisfação com o corpo;</li> <li>- Distúrbios do sono;</li> <li>- Complicações no parto;</li> <li>- Alimentação não saudável;</li> <li>- Obesidade e outros riscos metabólicos;</li> <li>- Doenças crônicas.</li> </ul>
<b>DA FAMÍLIA E COMUNIDADE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boa nutrição pré e perinatal;</li> <li>- Boa maternagem;</li> <li>- Perceber-se em segurança e livre de ameaças à vida;</li> <li>- Relações sociais saudáveis, capital social e apoio social;</li> <li>- Acesso a áreas verdes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso sexual e violência;</li> <li>- Abuso físico, emocional ou negligência;</li> <li>- Uso de substância psicoativa pela mãe durante a gestação;</li> <li>- <i>Bullying</i>;</li> <li>- Violência doméstica;</li> <li>- Ter vivenciado conflito armado;</li> <li>- Perda repentina de pessoas próximas;</li> <li>- Assédio moral/tensão no trabalho;</li> <li>- Perda de emprego/renda;</li> <li>- Vida urbana;</li> <li>- Ser de uma minoria étnica.</li> </ul>
<b>DO CONTEXTO</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segurança econômica;</li> <li>- Boa qualidade de infraestrutura;</li> <li>- Acesso oportuno a serviços essenciais;</li> <li>- Qualidade do meio ambiente;</li> <li>- Justiça social e integração;</li> <li>- Receita financeira e proteção social;</li> <li>- Equidade social e de gênero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crise climática, poluição e degradação do meio ambiente;</li> <li>- Infraestrutura de baixa qualidade;</li> <li>- Dificuldade de acesso a serviços essenciais;</li> <li>- Injustiça, discriminação racial e exclusão social;</li> <li>- Inequidade social, econômica e de gênero;</li> <li>- Conflito e migração forçada;</li> <li>- Vivenciar emergências em saúde pública.</li> </ul>

Fonte: WHO (2022).

Para compreender o potencial risco à vida ou o grau de sofrimento da pessoa ou família, utilizam-se critérios clínicos, sociais, econômicos e familiares que estratificam o risco para definir o tipo de intervenção que será realizada. A classificação de risco em saúde demanda, nesse ínterim, uma escuta qualificada, considerando as dimensões física, psíquica e social para avaliar a demanda a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade, os quais estão definidos em diretrizes e protocolos no âmbito do SUS. Embora seja uma prerrogativa do profissional da Enfermagem realizar a avaliação, é importante a discussão e troca de conhecimento entre os profissionais das equipes, tendo em vista a complexidade dos fatores envolvidos. Portanto, compreender risco deve ser um processo dialógico, no qual o usuário, família e rede social devem ser incluídos (ROCHA, 2021).

A seguir, é apresentado um quadro proposto por Weintraub et al. (2022) no âmbito do cuidado em saúde mental e atenção psicossocial, em relação às diferentes situações de risco e gravidade que podem ser identificadas, acolhidas e acompanhadas por propostas de promoção à saúde, prevenção de agravos e cuidado para situações já instaladas, em particular, no setor de Assistência Social. Reforçamos ainda, a importância de considerar a Saúde Mental uma política transversal que deve ser pauta em diferentes pastas tais como saúde, assistência social, educação, trabalho e renda, habitação, proteção e defesa civil, meio ambiente, direitos humanos/judiciário.

### **QUADRO 1 - AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO - INDIVIDUAIS E COLETIVOS NO ÂMBITO DA SMAPS**

#### **AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS INDIVIDUAIS**

Risco GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco iminente de auto ou heteroagressão.</li> <li>- Tentativa de suicídio consumada ou com planejamento concreto.</li> <li>- Intoxicação exógena (overdose).</li> <li>- Criança vítima de violência ou negligenciada com risco de autoagressão.</li> </ul>
Risco ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quadro psicótico agudo com histórico de auto ou heteroagressão.</li> <li>- Intoxicação aparente sem rebaixamento de consciência.</li> <li>- Criança vítima de violência ou negligenciada.</li> <li>- Perda grave de autocuidado.</li> <li>- Criança ou adolescente que sofre intenso “bullying”, isola-se, tem pouca rede de apoio ou meios para se defender.</li> <li>- Sintomas de emagrecimento intenso e intencional com riscos para a saúde física e/ou ideação suicida e/ou impulsividade.</li> <li>- Sinais e sintomas de automutilação em crianças, jovens ou adultos <b>COM</b> sinais de ideação suicida.</li> </ul>
Risco MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quadro psicótico agudo com histórico de auto ou heteroagressão.</li> <li>- Dependência química com sinais de abstinência leves.</li> <li>- Criança ou adolescente que sofre intenso “bullying”, isola-se, tem pouca rede de apoio ou meios para se defender.</li> <li>- Primeira crise psicótica (discurso delirante, “estranho”, “bizarro”, comportamento desorganizado).</li> </ul>

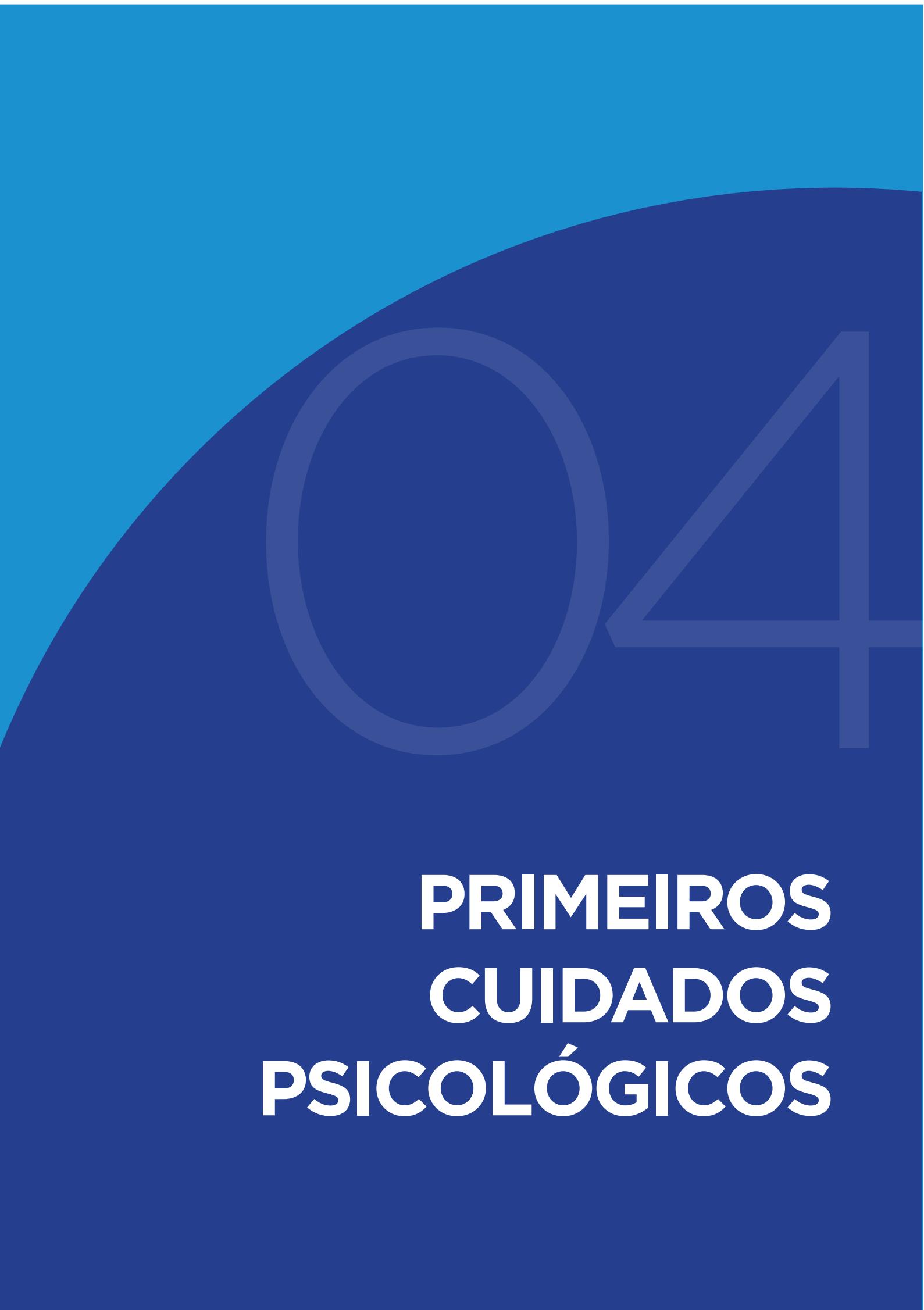
<b>Risco MODERADO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeira crise psicótica (discurso delirante, “estranho”, “bizarro”, comportamento desorganizado).</li> <li>- Desânimo, desinteresse, pouca interação social em crianças e adolescentes, mas também em adultos e idosos.</li> <li>- Sinais de vômito autoprovocado ou emagrecimento extremo/sintomas de obesidade mórbida ou compulsão por comida em crianças e adolescentes.</li> <li>- Sinais e sintomas de automutilação em crianças, jovens ou adultos SEM ideação suicida.</li> <li>- Extrema dependência das telas: crise de ansiedade, agressividade ou nervosismo se é impedido(a) de usar o dispositivo eletrônico.</li> </ul>
<b>Risco BAIXO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Episódio depressivo ou hipomaníaco sem sinais de prejuízo para si ou outros.</li> <li>- Insônia/distúrbios do sono.</li> <li>- Luto recente/reações adaptativas.</li> <li>- Quadro psicótico estabilizado (“crônico”) mesmo com permanência de sinais e sintomas delirantes ou alucinatórios.</li> <li>- Episódios de uso nocivo/abusivo de álcool ou outras substâncias psicoativas.</li> <li>- Crianças e adolescentes com queixas de dificuldade de aprendizado, comportamento ou atraso em marcos do desenvolvimento COM ou SEM questões orgânicas associadas, COM ou SEM situações de vulnerabilização associadas.</li> <li>- Demandas de avaliações a crianças e jovens vindas de outros setores: atentar-se para quem encaminha e por que pede a avaliação (atrasos de desenvolvimento, problemas de comportamento e relacionamento, situação de vulnerabilização, luto/perda recente?).</li> </ul>
<b>Condições CRÔNICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manutenção do acompanhamento ambulatorial multiprofissional para pacientes com transtornos mentais crônicos em uso de algum tipo de terapêutica (muitas vezes a medicação), porém estabilizados. Aqui podemos incluir também as pessoas que vivem com alguma deficiência intelectual sem sinais de crise aguda.</li> </ul>
<b>Demandas ADMINISTRATIVAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes com queixas administrativas (trocas e requisições de receitas, laudos médicos, etc.).</li> </ul>

<b>Para saber mais:</b>	<p>Freitas et al., 2018.</p> <p>Brasil, 2013.</p>
-------------------------	---

FONTE: Weintraub et al., 2022.

**QUADRO 2 – AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO**  
**- INDIVIDUAIS E COLETIVOS NO ÂMBITO DA SMAPS -**  
**E AÇÕES POSSÍVEIS NO SETOR DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Risco GRAVE	<p><b>A proteção social preconizada pelo SUAS tem entre suas principais tarefas identificar, mobilizar e fortalecer habilidades e capacidades de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades locais, ressaltando a importância dos diferentes sistemas de atenção. Perguntas norteadoras:</b></p>
Risco ALTO	<p><b>As situações de risco elevado podem ocorrer dentro de serviços da assistência social ou serem presenciadas por equipes desse setor. As situações agudas precisam de apoio do setor de saúde, porém a manutenção da vinculação com a política assistencial diminui a vulnerabilidade e, portanto, auxilia no acompanhamento a médio e longo prazo daquela pessoa. Perguntas norteadoras:</b></p>
Risco MODERADO	<p><b>As situações de risco moderado a agravos em saúde mental podem ser comuns em determinados serviços da assistência social. A Covid-19 aumentou a vulnerabilidade de mulheres, crianças, idosos, pessoas com deficiência e pessoas que já viviam com pouco acesso à renda financeira. Perguntas norteadoras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Na política de assistência vigente em seu território, o que é preciso pactuar para seguir conseguindo acolher as pessoas em risco moderado de agravos em saúde mental, bem como aquelas com alta vulnerabilidade?</li> </ul>
Risco BAIXO	<p><b>As situações de risco baixo de agravos em saúde mental são comuns nas ações da política de assistência social. Perguntas norteadoras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como trabalha a reabilitação psicossocial - a (re)inserção dessa pessoa nas instituições da sociedade?</li> </ul>
Condições CRÔNICAS	<p><b>As situações crônicas em saúde mental também são comuns nas ações da política de assistência social. O público-alvo da Proteção Social Básica é composto prioritariamente por pessoas vulnerabilizadas em decorrência da pobreza, da privação (de renda, de acesso a serviços públicos e a políticas sociais) e/ou de frágeis vínculos relacionais, afetivos e de pertencimento comunitário (discriminação sexual/de gênero, étnico-racial, por deficiência, por classe, etc.) - fatores esses que podem desencadear quadros de sofrimento psíquico. Perguntas norteadoras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como trabalhar a reabilitação psicossocial - a (re)inserção dessa pessoa em instituições da sociedade?</li> </ul>
Demandas ADMINISTRATIVAS	<p><b>Sempre que for necessário solicitar documentação do setor saúde sobre diagnóstico, tratamento ou informação a respeito de uma pessoa, refletir sobre o porquê da necessidade desse documento, qual a sua finalidade e como ele será tratado com sigilo e proteção da informação.</b></p>



# PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS



## 4. Primeiros Cuidados Psicológicos

### 4.1 Introdução aos Primeiros Cuidados Psicológicos

**O**s Primeiros Cuidados Psicológicos são uma forma imediata de apoio inicial destinada a pessoas que passaram por uma situação de crise grave. Trata-se de uma resposta humana e solidária que visa oferecer acolhimento emocional e ajuda prática de maneira ética, segura e respeitosa. Não se trata de psicoterapia nem de uma intervenção profissional exclusiva da(o) psicóloga(o), mas sim de um cuidado psicológico básico, fundamentado em princípios de humanidade, dignidade e não imposição (OPAS, 2015; WHO, 2011).

Os PCPs surgem como alternativa a métodos obsoletos, como o chamado *debriefing psicológico* — técnica anteriormente recomendada e aplicada logo após eventos traumáticos, mas que hoje é desencorajada por especialistas por não demonstrar eficácia e até representar riscos, especialmente quando força a exposição emocional precoce (OPAS, 2015; WHO, 2011).

O objetivo dos PCPs é criar um ambiente seguro e acolhedor para que a pessoa afetada tenha espaço para expressar suas necessidades e buscar o que for mais adequado naquele momento, sem julgamentos, imposições ou interpretações. Por isso, não envolve pedir que a pessoa relate os eventos em ordem cronológica nem forçá-la a compartilhar sentimentos. A escuta deve estar disponível, mas nunca deve ser uma exigência.

Os PCPs são geralmente uma intervenção **pontual**, realizada logo após a situação de crise. Na maioria dos casos, quem oferece esse cuidado **permanece por um período breve no local**, apenas o suficiente para estabilizar emocionalmente e orientar, quando necessário. Após esse contato inicial, **a recuperação continuará sendo conduzida pelas próprias pessoas afetadas**, com base em seus recursos pessoais, apoio da comunidade e, quando preciso, encaminhamento a serviços especializados.

Por isso, um dos princípios mais importantes dos PCPs é **ajudar as pessoas a reassumir o controle da sua própria situação** (OPAS, 2015) — fortalecendo sua autonomia, capacidade de escolha e sensação de controle diante da situação vivida.

As ações nos PCPs incluem oferecer apoio prático, como facilitar o acesso à alimentação, água, informações seguras, abrigo ou serviços sociais; avaliar as

necessidades imediatas da pessoa; escutar de forma atenta e empática, sem pressão para que ela fale; acalmá-la e garantir que ela esteja protegida de riscos adicionais. O foco é ajudar a pessoa a se sentir segura, capaz de se reorganizar e conectada a algum tipo de rede de apoio.

Embora os PCPs possam ser oferecidos a qualquer pessoa — incluindo crianças, adultos e idosos — nem todos os afetados por uma crise vão querer ou precisar de ajuda imediata. O respeito à autonomia é fundamental. Assim, não se deve insistir caso a pessoa não queira apoio naquele momento, mas sim garantir que ela saiba que esse apoio está disponível se ela vier a sentir essa necessidade.

Os PCPs são indicados para situações de crise nas quais as reações emocionais e comportamentais, apesar de intensas, são consideradas esperadas. No entanto, há casos em que a pessoa pode precisar de ajuda especializada, seja por apresentar sinais de risco, por estar ferida fisicamente ou por ter outras necessidades básicas mais urgentes. A tabela a seguir apresenta de forma clara as diferenças entre reações comuns e sinais de alerta que exigem encaminhamento.

**TABELA 7**  
**REAÇÕES COMUNS X SINAIS DE ALERTA EM SITUAÇÕES DE CRISE**

Categoria	Reações Comuns e Esperadas (PCPs geralmente suficientes)	Sinais de Alerta (Encaminhar para ajuda especializada)
Emocionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medo</li> <li>- Ansiedade leve a moderada</li> <li>- Tristeza</li> <li>- Irritabilidade</li> <li>- Choro eventual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desespero intenso e duradouro</li> <li>- Choro incontrolável</li> <li>- Raiva explosiva com risco de agressão</li> </ul>
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusão leve</li> <li>- Dificuldade de concentração</li> <li>- Preocupações excessivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusão extrema e persistente</li> <li>- Fala incoerente</li> <li>- Delírios ou perda de contato com a realidade</li> </ul>
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cansaço</li> <li>- Insônia leve</li> <li>- Tensão muscular</li> <li>- Alterações no apetite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insônia grave e prolongada</li> <li>- Negligência com a alimentação ou higiene</li> <li>- Exaustão incapacitante</li> </ul>
Comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolamento leve</li> <li>- Choro ocasional</li> <li>- Evitação temporária de lugares/pessoas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Isolamento total</li> <li>- Comportamentos de risco ou autolesivos</li> <li>- Uso abusivo de álcool/drogas</li> </ul>
Risco à vida / Psicose	Não se aplica nas reações comuns	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ideação ou tentativa de suicídio</li> <li>- Pensamentos frequentes de morte</li> <li>- Alucinações</li> <li>- Comportamento violento ou ameaçador</li> </ul>

Fonte: Das autoras.

Em termos de tempo, os PCPs são mais eficazes quando aplicados durante ou imediatamente após a emergência, embora possam ser úteis também dias ou semanas depois, dependendo da situação. Já em relação ao local, podem ser realizados em qualquer ambiente seguro: abrigos, centros de saúde, postos de assistência social, escolas, igrejas ou pontos de distribuição de alimentos e ajuda humanitária. Idealmente, o espaço deve permitir alguma privacidade, mesmo que momentânea.

Qualquer pessoa pode oferecer PCPs — profissionais da saúde, voluntários, líderes comunitários, entre outros — desde que tenha recebido orientação mínima e adequada sobre como aplicá-los de forma ética e segura, seguindo as orientações destacadas abaixo. Além das ações práticas no momento do atendimento, a postura ética e a atitude profissional de quem oferece os PCPs são essenciais para garantir que o apoio emocional seja seguro, respeitoso e não cause danos. Os quadros abaixo trazem orientações sobre condutas adequadas, com foco em responsabilidade, limites, comunicação e respeito à dignidade das pessoas atendidas, reforçando o cuidado com o outro e consigo mesmo durante a atuação em contextos de crise.

### **REAÇÕES COMUNS X SINAIS DE ALERTA EM SITUAÇÕES DE CRISE**

**PRINCÍPIOS E CONDUTAS RECOMENDADAS**

	<b>CONDUTAS A EVITAR</b>
<b>1</b>	<b>Seja confiável, empático e acolhedor. Crie um espaço de escuta respeitosa.</b>
<b>2</b>	<b>Respeite o tempo e a decisão da pessoa de aceitar ou não ajuda.</b>
<b>3</b>	<b>Informe que ela pode procurar ajuda futuramente, se quiser.</b>
<b>4</b>	<b>Garanta a confidencialidade das informações compartilhadas.</b>
<b>5</b>	<b>Considere a cultura, gênero, idade e crenças nas suas atitudes.</b>
<b>6</b>	<b>Cuide da sua saúde mental: reconheça seus limites e busque apoio.</b>
<b>7</b>	<b>Ofereça informações úteis e reais de forma simples e acessível.</b>
	<b>Não use sua posição para manipular ou explorar a pessoa.</b>
	<b>Não force a pessoa a aceitar apoio.</b>
	<b>Não diga coisas que não pode garantir (“vai ficar tudo bem”).</b>
	<b>Não compartilhe histórias de terceiros ou exponha relatos.</b>
	<b>Não julgue crenças, escolhas ou sentimentos.</b>
	<b>Não negligencie seu bem-estar emocional ou assuma mais do que pode lidar.</b>
	<b>Não pressione para que a pessoa relate traumas ou eventos difíceis.</b>

Fonte: Das autoras.

## 4.2 Como Aplicar os Primeiros Cuidados Psicológicos

No cenário de emergência e desastres, as ações precisam ser rápidas, mas não devem ser feitas de forma desinformada ou precipitada. Sempre que possível, antes de iniciar qualquer intervenção em uma área de crise, é essencial buscar **informações confiáveis e atualizadas** sobre o contexto, incluindo os riscos envolvidos e os recursos disponíveis, de forma que os PCPs sejam oferecidos com segurança, respeito e efetividade, realizando encaminhamentos adequados e fortalecendo os serviços de apoio na relação com a comunidade afetada.

Abaixo estão algumas questões essenciais que devem ser consideradas ao chegar ou antes de chegar ao local:

**TABELA 8**  
**INFORMAÇÕES ESSENCIAIS EM UMA SITUAÇÃO DE CRISE**

Categoria	Perguntas-chave
<b>A Situação de Crise</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O que aconteceu?</li><li>- Quando e onde aconteceu?</li><li>- Quantas pessoas foram provavelmente afetadas e quem são elas?</li></ul>
<b>Serviços e Apoios Disponíveis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Quem está oferecendo serviços básicos, como cuidados médicos, alimentos, água, abrigo ou localização de familiares?</li><li>- Onde e como acessar esses serviços?</li><li>- Quem mais está apoiando?</li><li>- A comunidade local está envolvida?</li></ul>
<b>Questões de Segurança e Proteção</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A situação de crise já terminou ou ainda continua (ex.: tremores secundários, conflitos)?</li><li>- Quais perigos existem no local (ex.: rebeldes, minas, estruturas danificadas)?</li><li>- Existem áreas que devem ser evitadas por risco ou por restrição de acesso?</li></ul>

Fonte: OPAS, 2015.

Durante o oferecimento dos PCPs, a forma como você se aproxima, interage e responde à pessoa afetada é fundamental. Para tanto, os PCPs seguem alguns princípios, conforme abaixo.

### 4.2.1 Os três princípios dos PCPs

A aplicação dos Primeiros Cuidados Psicológicos baseia-se em três princípios fundamentais: **observar, escutar e aproximar** (OPAS, 2015), sendo que tais elementos funcionam como um guia prático para intervir de maneira segura, ética e eficaz conforme apresentado nos tópicos a seguir.

### a) **Observar:**

Antes de oferecer qualquer tipo de ajuda em uma situação de crise, o primeiro e mais importante passo é **observar**. Essa etapa inicial permite que você compreenda o ambiente, identifique riscos e reconheça quem precisa de apoio imediato — sempre com segurança e responsabilidade.

Situações de crise podem mudar rapidamente. O que você encontra no local pode ser diferente das informações obtidas anteriormente. Por isso, é essencial **reservar um momento, mesmo que breve, para olhar ao seu redor antes de agir**. Caso você chegue a uma situação inesperada, sem tempo de preparação prévia, essa observação pode ser feita de forma rápida e objetiva. Esses poucos segundos são cruciais para manter a calma, proteger a si mesmo e aos outros, e tomar decisões mais conscientes sobre como e a quem oferecer ajuda.

Observar não é apenas ver, é o **primeiro gesto de cuidado**. Trata-se de perceber atentamente **três aspectos principais**: o ambiente, as necessidades urgentes e o estado emocional das pessoas.

**TABELA 9**  
**O QUE OBSERVAR EM UMA SITUAÇÃO DE CRISE**

Aspecto	O que observar	Ação recomendada
<b>Segurança</b>	Perigos evidentes (ex.: fogo, desabamentos, conflitos).	Só entre se o local for seguro. Caso contrário, peça ajuda.
<b>Necessidades urgentes</b>	Pessoas feridas, presas, desabrigadas ou em situação de risco imediato.	Acione serviços de emergência e ajude dentro dos seus limites.
<b>Reações emocionais graves</b>	Pessoas em estado de choque, desorientadas ou sem resposta.	Avalie se os PCPs são adequados e aproxime-se com cuidado.

Fonte: OPAS, 2015.

### b) **Escutar**

O segundo pilar dos PCPs é **escutar com atenção e empatia**. Isso não significa forçar a pessoa a falar sobre o que aconteceu, mas estar verdadeiramente presente, permitindo que ela se expresse — se assim desejar — em um ambiente seguro e acolhedor. Escutar de forma ativa ajuda a pessoa a se sentir compreendida e respeitada, o que, por si só, pode aliviar parte do sofrimento emocional.

Abaixo estão algumas orientações práticas para aplicar esse princípio. Ao seguir esses passos, contribui-se para restaurar o senso de controle da pessoa afetada e fortalecer sua capacidade de enfrentamento diante da crise. Mesmo pequenos gestos de presença e atenção genuína podem fazer uma diferença significativa no processo de recuperação emocional.

**TABELA 10**  
**ORIENTAÇÕES PARA APOIO EMOCIONAL E ESCUTA ACOLHEDORA**

O que Fazer	
<b>1. Aproximar-se das pessoas que possam precisar de apoio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aborde com respeito, levando em conta a cultura local.</li> <li>- Apresente-se com seu nome e, se for o caso, sua organização.</li> <li>- Pergunte se pode oferecer ajuda.</li> <li>- Sempre que possível, escolha um local calmo e seguro para conversar.</li> <li>- Ajude a pessoa a se sentir confortável (ex.: oferecer água).</li> <li>- Remova a pessoa de situações de perigo imediato, se isso puder ser feito com segurança.</li> <li>- Proteja sua privacidade (evite exposição à mídia, por exemplo).</li> <li>- Se a pessoa estiver muito angustiada, não a deixe sozinha.</li> </ul>
<b>2. Perguntar sobre as necessidades e preocupações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mesmo que algumas necessidades sejam visíveis, pergunte o que a pessoa precisa.</li> <li>- Escute suas preocupações e ajude-a a identificar o que é mais importante no momento.</li> <li>- Auxilie na definição de prioridades básicas.</li> </ul>
<b>3. Escutar e ajudar a pessoa a se acalmar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esteja presente, sem pressionar para que a pessoa fale.</li> <li>- Se ela quiser contar o que aconteceu, apenas escute com atenção.</li> <li>- Caso esteja muito angustiada, ajude-a a se acalmar e garanta que não esteja sozinha.</li> </ul> <p><b>Técnicas para ajudar no alívio emocional:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fale em tom de voz calmo e suave.</li> <li>- Mantenha contato visual (se for apropriado culturalmente).</li> <li>- Reforce que ela está segura (caso isso seja verdade).</li> <li>- Se houver delírio ou desorientação, ajude-a a se reconectar com o presente.</li> </ul>

Fonte: OPAS, 2015.

Aproximar, no contexto de emergências e desastres, significa **estabelecer uma conexão respeitosa e ativa** com quem foi afetado, criando condições para que a pessoa receba ajuda prática, acesse serviços básicos e fortaleça seus laços sociais. Esse princípio orienta ações que vão desde a escuta inicial até a facilitação do acesso à informação, apoio social e serviços disponíveis no território. Esse princípio - aproximar - visa mais do que oferecer ajuda pontual: trata-se de **criar conexões entre as pessoas afetadas e os recursos ao seu redor** — sejam eles serviços públicos, familiares, líderes comunitários ou informações úteis.

**TABELA 11**  
**PRINCÍPIO “APROXIMAR” NOS PRIMEIROS CUIDADOS PSICOLÓGICOS**

Eixo de Atuação	Ações Recomendadas
<b>1. Suprir necessidades básicas e facilitar acesso a serviços</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajude com água, comida, abrigo, roupas e higiene.</li> <li>- Pergunte sobre necessidades específicas (ex.: itens infantis, saúde, medicamentos).</li> <li>- Encaminhe aos serviços disponíveis e evite qualquer forma de exclusão ou discriminação.</li> <li>- Cumpra o que prometer (ex.: retornar, buscar ajuda, informar).</li> </ul>
<b>2. Apoiar no enfrentamento de problemas práticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajude a identificar e priorizar necessidades urgentes.</li> <li>- Estimule a buscar apoio com amigos, vizinhos ou familiares.</li> <li>- Ofereça sugestões práticas de como acessar recursos.</li> <li>- Valorize estratégias de enfrentamento já utilizadas e incentive atitudes saudáveis.</li> </ul>
<b>3. Oferecer informações úteis e confiáveis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busque informações atualizadas sobre a crise antes de abordar a pessoa.</li> <li>- Explique com clareza como acessar serviços e seus direitos.</li> <li>- Evite informações falsas ou promessas irreais.</li> <li>- Use linguagem simples, repita mensagens importantes e informe grupos sempre que possível.</li> </ul>
<b>4. Facilitar o contato com redes de apoio e vínculos sociais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoie reencontros familiares e contatos com entes queridos.</li> <li>- Incentive conexões com redes religiosas, culturais ou comunitárias.</li> <li>- Estimule a ajuda mútua entre pessoas afetadas (ex.: idosos e vizinhos).</li> <li>- Respeite crenças e práticas que tragam conforto à pessoa.</li> </ul>

Fonte: OPAS, 2015.



# IMPACTOS EMOCIONAIS RELACIONADOS A SMAPS



**O** Em contextos de emergência e desastre, as consequências psicossociais sobre os indivíduos e comunidades se manifestam de maneira intensa e duradoura. A literatura aponta uma série de reações emocionais e comportamentais que, quando não identificadas e manejadas adequadamente, podem comprometer significativamente a saúde mental da população afetada. Autores como Maria Helena Pereira Franco (2015) e Olavo Sant'Anna Filho (2017) destacam que tais eventos provocam não apenas perdas materiais, mas também rupturas simbólicas e subjetivas que afetam diretamente a organização psíquica e social dos sujeitos, que podem levar a manifestação de um sofrimento mental grave.

Situações de emergências e desastres, sejam elas naturais, tecnológicas ou socioassistenciais, provocam desorganizações abruptas na vida dos indivíduos, gerando intensos impactos psicológicos que comprometem a saúde mental e o funcionamento psicossocial. Entre os transtornos mais prevalentes nesses contextos, destacam-se o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), a depressão e os transtornos de ansiedade, condições que demandam reconhecimento precoce e cuidado qualificado.

## 5.1 Luto

O luto é uma reação humana natural diante de qualquer perda significativa, não se restringindo à morte de entes queridos. Em situações de emergências e desastres, o luto assume uma dimensão ampliada e complexa, pois envolve não apenas perdas individuais, mas também perdas coletivas e simbólicas, como moradias, modos de vida, vínculos comunitários, trabalho, rotina e identidade social.

O processo de luto saudável envolve fases que permitem ao indivíduo elaborar a perda, ressignificar a ausência e reconstruir seu projeto de vida (FRANCO, 2015). Entretanto, em contextos emergenciais, esse processo pode ser interrompido, fragmentado ou acelerado, dificultando o enfrentamento da dor emocional. Entre os fatores que dificultam um luto saudável em emergências e desastres, destacam-se:

- ➡ A perda abrupta: mortes súbitas e traumáticas, sem aviso ou preparação emocional;
- ➡ A ausência de despedida: a impossibilidade de realizar velórios, enterros ou rituais religiosos/culturais, essenciais para dar sentido simbólico à perda;
- ➡ A multiplicidade de perdas: perda simultânea de familiares, animais, amigos, casa, objetos afetivos, trabalho e comunidade;

→ O isolamento social: situações em que o sobrevivente não tem rede de apoio emocional, favorecendo o isolamento e agravando o sofrimento.

Quando o processo de luto não segue seu curso natural, pode evoluir para um luto complicado ou patológico, caracterizado por sofrimento intenso e persistente, sentimentos de culpa desproporcionais, recusa em aceitar a perda, idealização do falecido e incapacidade de retomar atividades da vida cotidiana (FRANCO, 2015).

Sant'Anna Filho (2017) enfatiza que o luto patológico em situações de desastre pode se manifestar não apenas no indivíduo, mas de forma coletiva, afetando comunidades inteiras que compartilham o sofrimento e a sensação de desamparo diante da tragédia. Desta forma, o luto em desastres não se restringe ao sofrimento pessoal: ele é vivenciado coletivamente. A destruição de bairros inteiros, a morte de múltiplos membros de uma mesma comunidade e a perda da identidade cultural local criam um sentimento de **luto social**, onde a dor é partilhada, mas nem sempre elaborada coletivamente. O mesmo autor aponta que comunidades em luto coletivo podem apresentar:

- Reações de paralisia social (dificuldade de organizar a reconstrução);
- Sentimentos generalizados de injustiça e abandono;
- Busca por culpados (culpabilização de autoridades, vizinhos ou mesmo das vítimas);
- Resistência a mudanças, por medo de apagar a memória dos que se foram.

Os rituais de despedida, a celebração da memória e a reconstrução simbólica dos vínculos são fundamentais para a elaboração saudável do luto. A impossibilidade de realizar esses rituais, por exemplo, em contextos de pandemias (como a Covid-19) ou grandes catástrofes, priva os indivíduos e as coletividades de um espaço legítimo para expressar e transformar a dor.

De acordo com a OPAS (2020) e a Fiocruz (2021), promover espaços de memória, homenagens coletivas e rodas de conversa sobre o vivido são estratégias essenciais de apoio psicossocial à população afetada, fortalecendo a resiliência comunitária e prevenindo o adoecimento mental.

Contudo, o luto em emergências e desastres é, portanto, um fenômeno multidimensional, que exige reconhecimento e acolhimento não apenas individual, mas também coletivo e cultural. Nesse sentido, cabe aos profissionais de saúde mental e assistência social garantir espaços de escuta, legitimação do sofrimento e reconstrução simbólica das perdas, respeitando os tempos e as singularidades de cada pessoa e comunidade.

## 5.2 Suicídio e Comportamentos Autolesivos

O suicídio em situações pós-desastre é uma das manifestações mais graves do sofrimento psíquico, representando um desfecho extremo quando os mecanismos individuais e coletivos de enfrentamento falham. Como destaca Sant'Anna Filho (2017), situações de emergência e desastre colocam os indivíduos em estados de vulnerabilidade emocional intensa, marcados por desesperança, sensação de impotência, isolamento social e desorganização da vida cotidiana.

Aliteratura aponta que vários fatores de risco para os suicídios são potencializados em contextos de desastre, entre eles:

- ➡ Perdas múltiplas: morte de familiares, perda da casa, do trabalho e da estabilidade financeira;
- ➡ Interrupção de projetos de vida: sonhos e planos pessoais e coletivos são abruptamente interrompidos, gerando um vazio existencial;
- ➡ Desconexão social: a desorganização das redes de apoio e a fragmentação da comunidade aumentam o isolamento e a solidão;
- ➡ Sofrimento emocional não acolhido: a ausência de espaços seguros para expressar a dor e receber apoio pode favorecer a sensação de abandono;
- ➡ Histórico prévio de transtornos mentais: indivíduos com depressão, transtorno bipolar ou uso abusivo de substâncias apresentam maior vulnerabilidade em situações de estresse extremo (FRANCO, 2015; OPAS, 2020).

Nesses contextos, o suicídio não deve ser interpretado apenas como um ato individual, mas como uma expressão extrema da dor psíquica coletiva, que muitas vezes não encontrou escuta, acolhimento ou alternativas de enfrentamento (SANT'ANNA FILHO, 2017). É um grito de socorro silenciado por uma realidade onde o sofrimento ultrapassa os recursos emocionais disponíveis.

Ressalta-se que, grupos populacionais já em situação de vulnerabilidade social, como pessoas em situação de pobreza, idosos solitários, adolescentes, pessoas com deficiência e populações marginalizadas, estão particularmente expostos ao risco suicida após desastres. Conforme a Fiocruz (2021) e a OPAS (2020), a precariedade do suporte social e econômico amplifica o sofrimento emocional, tornando a prevenção uma questão urgente de saúde pública.

A resposta ao risco de suicídio em situações de desastre deve ser rápida e articulada. Franco (2015) e Sant'Anna Filho (2017) destacam que ações como a escuta empática, o fortalecimento de vínculos comunitários, o acompanhamento psicológico e social e a reconstrução de perspectivas de futuro são fundamentais para prevenir agravamentos. A OPAS/OMS (2020) recomenda estratégias emergenciais de prevenção, tais como:

- ➡ Identificação precoce de indivíduos em sofrimento intenso;
- ➡ Linhas de escuta e acolhimento psicológico;
- ➡ Garantia de continuidade no cuidado em saúde mental;
- ➡ Ações comunitárias de reconstrução do senso de pertencimento e segurança.

Portanto, a elevação do risco de suicídio em contextos pós-desastre deve ser compreendida como um fenômeno complexo, que demanda resposta intersetorial e humanizada. Prevenir o suicídio nesses contextos não significa apenas tratar transtornos mentais, mas reconstruir vínculos, esperanças e possibilidades concretas de vida em meio à adversidade.

### 5.3 Aumento do Uso de Substâncias Psicoativas (SPA)

Situações de desastre e emergência expõem as pessoas a níveis elevados de estresse psicológico, sofrimento emocional e rupturas abruptas em suas rotinas e redes de apoio. Nesse cenário, o uso de substâncias psicoativas (SPA), como álcool, tabaco, medicamentos sem prescrição e drogas ilícitas, pode emergir como uma estratégia **não saudável** de enfrentamento emocional, funcionando como uma tentativa momentânea de aliviar a dor psíquica e escapar da realidade.

O consumo de SPA pode atuar como uma “anestesia emocional temporária”, oferecendo uma sensação momentânea de alívio diante da dor, do medo e da ansiedade causados por situações traumáticas. No entanto, esse alívio é ilusório e temporário, e o consumo continuado pode agravar ainda mais o sofrimento psicológico e gerar um ciclo de dependência (FRANCO, 2015).

Sant’Anna Filho (2017) complementa que, em contextos onde as redes de apoio social e os serviços de saúde mental são frágeis ou inexistentes, o consumo de substâncias torna-se um recurso acessível e solitário, frequentemente perpetrado pela falta de alternativas saudáveis de enfrentamento.

O uso abusivo de SPA em contextos emergenciais pode desencadear consequências graves e de longo prazo, como:

- ➡ Dependência química, dificultando a recuperação emocional e social da pessoa afetada;
- ➡ Agressividade e violência doméstica, agravadas pelo consumo abusivo e pela desorganização emocional;
- ➡ Negligência familiar, especialmente em relação ao cuidado com crianças, idosos e pessoas dependentes;
- ➡ Agravamento de quadros psiquiátricos pré-existentes, como ansiedade, depressão e transtornos de personalidade;



Aumento do risco de comportamentos suicidas, já que o consumo de SPA reduz o autocontrole emocional e o julgamento crítico (FRANCO, 2015; SANT'ANNA FILHO, 2017; OPAS, 2020).

Todavia, o aumento do consumo de substâncias psicoativas em contextos de desastre deve ser encarado como um sintoma social e emocional da crise vivida, e não apenas como um problema moral ou de conduta. A resposta adequada passa por ações integradas de promoção da saúde mental, fortalecimento dos vínculos comunitários e garantia de redes efetivas de apoio social e cuidado em saúde.

## 5.4 Desorganização Social e Familiar

As situações de emergência e desastre produz rompimentos abruptos nos laços sociais e familiares, afetando profundamente o funcionamento coletivo e individual das comunidades. O impacto não se limita às perdas materiais e ambientais, mas alcança as estruturas emocionais, relacionais e culturais que sustentam o cotidiano da vida social.

Segundo Franco (2015), os desastres quebram a previsibilidade da rotina e, com ela, as referências simbólicas que conferem segurança e estabilidade às pessoas e aos grupos. A rotina, os vínculos familiares, a escola, o trabalho e a comunidade funcionam como pilares emocionais e sociais. Quando esses pilares são abalados, há um risco significativo de desorganização dos papéis familiares e sociais. Já Sant'Anna Filho (2017) enfatiza que famílias afetadas por emergências podem sofrer sobrecarga emocional, onde os responsáveis perdem momentaneamente sua capacidade de oferecer suporte emocional aos demais membros, justamente no momento em que este apoio seria mais necessário. A ausência de suporte comunitário e institucional agrava esse cenário, favorecendo a desestruturação emocional e prática das relações familiares.

Contudo, a desorganização social e familiar após desastres não é apenas uma consequência colateral, mas um fenômeno central a ser enfrentado na resposta emergencial e na recuperação. Assim, cuidar da saúde mental em emergências envolve reconstruir vínculos e relações sociais saudáveis, pois são eles que sustentam a recuperação emocional e material das pessoas afetadas.



# REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - RAPS



**A** pós a compreensão dos danos psíquicos que os impactos de um cenário de desastre acarretam aos indivíduos afetados diretamente ou indiretamente, é fundamental reconhecer os serviços disponíveis, às quais algumas demandas necessitarão ser encaminhadas. Neste sentido, compreender como a RAPS se constitui é fundamental.

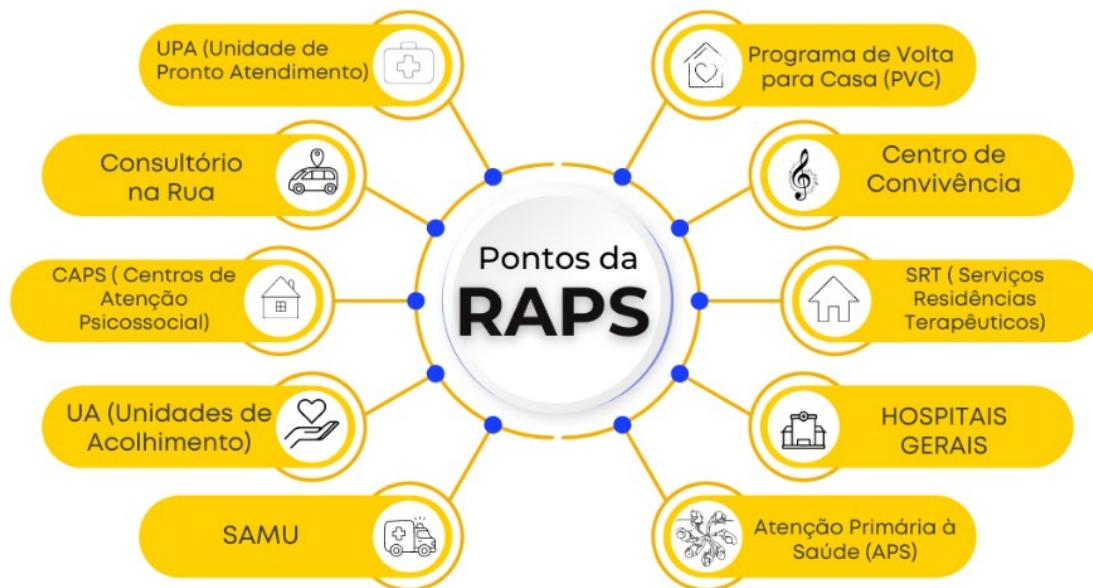
No Brasil, a trajetória da atenção à saúde mental passou por importantes transformações, a partir da década de 1970 com início do movimento pela Reforma Psiquiátrica, trazendo mudanças no seu modelo de atenção. O movimento enfatizou a extinção progressiva do modelo hospitalocêntrico e manicomial por abordagens terapêuticas que contemplasse atenção integral e humanizada, cuidado em liberdade com base no modelo comunitário e territorializado. Neste sentido, em 2011, se inicia um novo modo de organização dos serviços, com a implantação da RAPS, através da Portaria nº 3.088/2011.

A implantação da RAPS foi essencial para garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção no território, trazendo uma proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país. Além de, objetivar a integração do cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS, considerou a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos como elemento capaz de influenciar nos padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados e de promover fluxos contínuos de cuidado.

Pensando que a RAPS tem foco no **cuidado em liberdade**, no **respeito aos direitos humanos** e na **inclusão social** das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares (BRASIL, 2017), em cenários de contexto de emergências e desastres se faz necessário conhecer os serviços que a integram junto ao território atingido, para que os profissionais que estão a frente do cuidado e garantia de direitos, possam referenciá-las adequadamente perante as necessidades apresentadas.

A seguir, apresentamos uma imagem elaborada pelo Ministério da Saúde, que nos permite visualizar de forma clara e objetiva a organização dos serviços da RAPS.

**FIGURA 2**  
**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**



Fonte: OPAS, 2015.

Didaticamente, construímos um diagrama com vistas a apresentar cada serviço que compõe a RAPS e seu funcionamento:

- 1 Atenção Primária à Saúde (APS)** composto pelos serviços de **Unidade Básica em Saúde (UBS) / Estratégia Saúde da Família (ESF)**
  - Porta de entrada para o cuidado em saúde mental, através de acolhimento, escuta qualificada e, quando necessário, encaminhar para serviços especializados.
- 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** nas suas diferentes tipologias e portes: **CAPS I, II, III** - para diferentes graus de complexidade; **CAPSi** - para crianças e adolescentes; **CAPS AD** - para álcool e outras drogas; **CAPS III** - atendimento 24 horas (inclusive feriados e finais de semana).
  - Serviços de saúde abertos para a comunidade que atende às necessidades de saúde mental das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares.
- 3 Hospitais Gerais**
  - Leitos de saúde mental em enfermarias especializadas em Hospitais Gerais;
  - As internações são geralmente curtas, utilizadas apenas quando absolutamente necessárias.
- 4 Consultório de Rua**
  - Ofertado por equipe especializada da Atenção Primária em Saúde de forma itinerante;
  - Atendimentos articulados no cuidado das pessoas em situação de rua.

## 5 **Unidades de Acolhimento (UA)**

- Residências temporárias para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- Funciona como uma casa 24 horas;
- Para adultos (maiores de 18 anos) e para crianças e adolescentes (de 10 a 18 anos incompletos);
- Acesso através do CAPS.

## 6 **Serviços Residências Terapêuticos (SRT)**

- Moradias assistidas, que acolhe e cuida de pessoas em sofrimento psíquico graves e persistentes, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares.

## 7 **Programa de Volta para Casa (PVC)**

- Estratégia de desinstitucionalização e política de inclusão social para pessoas que estão em longa internação;
- Tem como objetivo promover a autonomia, reinserção ao convívio familiar e comunitário, estimular o exercício pleno dos seus direitos civis, políticos e de cidadania.

## 8 **Centros de Convivência (CC)**

- Unidade pública, articulada às RAS, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura em variados espaços na cidade.

## 9 **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**

- Serviço pré-hospitalar móvel em situações de urgência é caracterizado pela busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde;
- Manejo de crise aguda do transtorno mental antes de chegar na UPA ou Hospital.

## 10 **Unidade de Pronto Atendimento (UPA)**

- Prestar o primeiro atendimento, estabilizando os pacientes e conduzindo a avaliação diagnóstica inicial para determinar a conduta adequada, garantindo o encaminhamento dos pacientes que necessitam de tratamento em outras unidades de referência.

Fonte: Das autoras, adaptado de Brasil (2017).



# PÚBLICO PRIORITÁRIO E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



**E**imprescindível reconhecer que determinados grupos demandam atendimento prioritário, devido às suas condições sociais, econômicas, culturais e de saúde mental. Entre eles, destacam-se pessoas em situação de rua, usuários de drogas, pessoas com transtornos mentais, crianças e adolescentes com sofrimento psíquico, mães e pais de crianças com deficiência ou Transtorno do Espectro Autista (TEA), idosos, vítimas de violência e profissionais de segurança pública em situações de estresse.

Além desses, é essencial que as equipes do SUAS tenham atenção especial às populações historicamente marginalizadas e que enfrentam vulnerabilidades específicas, como a população negra, a comunidade LGBTTQIAP+, as comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas) e os migrantes, cujas necessidades exigem abordagens culturalmente sensíveis e inclusivas.

As legislações vigentes garantem o direito a um atendimento prioritário e orientam a formulação de estratégias específicas para cada grupo, a fim de promover o acolhimento, a proteção de direitos e o suporte psicossocial adequado às suas realidades. A tabela a seguir apresenta os principais públicos prioritários, as leis que fundamentam o atendimento e as estratégias de cuidado psicossocial recomendadas para as equipes do SUAS atuarem de forma efetiva e humanizada, especialmente em momentos de crise.

**TABELA 12**  
**PÚBLICOS PRIORITÁRIOS E ESTRATÉGIAS DE**  
**CUIDADO ESPECÍFICOS EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES**

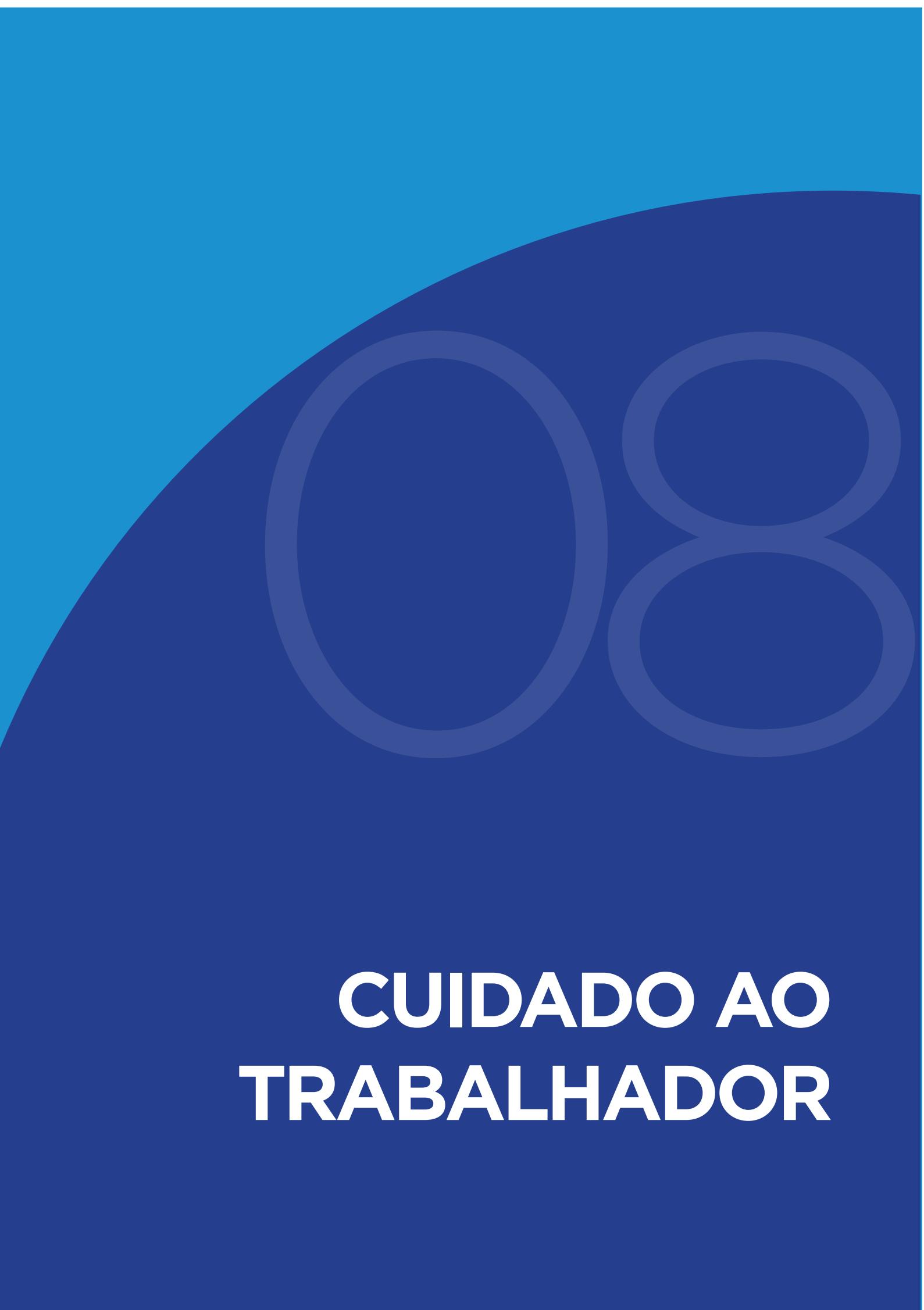
Público Prioritário	Lei que Prioriza o Atendimento	Conteúdo e Estratégias de Cuidado Específicos
Pessoas em situação de rua	Política Nacional para População em Situação de Rua - Decreto Nº 7.053/2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- Providenciar acolhimento em alojamentos seguros e adequados.</li><li>- Oferecer serviços de saúde mental e redução de danos no local.</li><li>- Facilitar reintegração social com apoio intersetorial.</li><li>- Respeitar autonomia e identidade, garantindo atendimento sem discriminação.</li></ul>

<b>Usuários de drogas</b>	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Lei Nº 11.343/2006	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementar estratégias de redução de danos adaptadas ao contexto de emergência.</li> <li>- Garantir espaços seguros para acolhimento e suporte.</li> <li>- Realizar acompanhamento psicossocial para prevenção de recaídas.</li> <li>- Articular com serviços especializados para continuidade do tratamento.</li> </ul>
<b>Pessoas com transtornos mentais</b>	Lei da Reforma Psiquiátrica - Nº 10.216/2001	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar atendimento contínuo, mesmo em emergência.</li> <li>- Promover o suporte familiar e comunitário, quando possível.</li> <li>- Garantir o acesso ao tratamento medicamentoso, buscando evitar crises e recaídas.</li> </ul>
<b>Crianças e adolescentes com sofrimento mental</b>	Estatuto da Criança e Adolescente - Lei Nº 14.987/2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criar ambientes seguros e acolhedores nos abrigos.</li> <li>- Garantir atividades lúdicas e educacionais para redução do estresse.</li> <li>- Realizar acompanhamento psicossocial e proteção contra violência.</li> <li>- Promover o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.</li> </ul>
<b>Mães e pais de crianças com deficiência ou TEA</b>	Projeto de Lei Nº 3.124/2023 (em tramitação) e Lei Nº 13.146/2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecer atendimento prioritário e adaptado às necessidades específicas da criança.</li> <li>- Disponibilizar recursos de identificação e comunicação (ex: cordão de identificação).</li> <li>- Proporcionar apoio emocional e orientação para adaptação dos cuidados diários no abrigo.</li> <li>- Garantir acessibilidade e ambientes tranquilos para as crianças.</li> </ul>
<b>Pessoas com deficiência</b>	Lei Nº 13.146/2015 - Estatuto da Pessoa com Deficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptar o ambiente físico e a comunicação para garantir acessibilidade.</li> <li>- Promover a autonomia com suporte adequado.</li> <li>- Facilitar o acesso a serviços de saúde e assistência social especializados.</li> </ul>

<b>Idosos</b>	Estatuto do Idoso -Lei Nº 10.741/2003	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar atendimento prioritário e acompanhamento da saúde física e mental.</li> <li>- Garantir a continuidade de tratamentos medicamentosos.</li> <li>- Realizar visitas domiciliares quando possível para acompanhamento contínuo.</li> <li>- Combater a negligência e a violência, garantindo proteção integral.</li> </ul>
<b>Vítimas de violência</b>	Estatuto da Criança e Adolescente - Lei Nº 14.987/2024, Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, outros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar rapidamente casos de violência e garantir acolhimento seguro e sigiloso.</li> <li>- Encaminhar para serviços de proteção e apoio psicossocial especializados.</li> <li>- Promover espaços de escuta e suporte emocional.</li> <li>- Desenvolver planos de proteção individualizados.</li> </ul>
<b>População negra</b>	Decreto Nº 4.88/2003 - Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir atendimento culturalmente sensível, respeitando as identidades e práticas culturais.</li> <li>- Combater o racismo institucional e garantir acesso igualitário aos serviços.</li> <li>- Fortalecer redes comunitárias e de apoio específicas.</li> </ul>
<b>LGBTTQIAP+</b>	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - Portaria Nº 2.836/2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar ambientes seguros, livres de discriminação e preconceito.</li> <li>- Promover o reconhecimento e respeito à diversidade sexual e de gênero.</li> <li>- Oferecer suporte psicossocial especializado e prevenção à violências.</li> <li>- Garantir acesso a serviços que respeitem as especificidades dessa população.</li> <li>- Garantir acesso igualitário aos serviços.</li> </ul>
<b>Povos e comunidades tradicionais (indígenas, quilombolas, ciganos, outros)</b>	Art. 231 da Constituição Federal Brasileira, que estabelece os direitos dos povos indígenas; Portaria nº 254/2002 - A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitar os saberes, tradições e práticas culturais, promovendo um intercultural.</li> <li>- Assegurar a participação comunitária nas decisões e organização do abrigo.</li> <li>- Garantir proteção dos direitos territoriais e sociais mesmo em situação de emergência.</li> <li>- Assegurar o acesso igualitário aos serviços.</li> </ul>

<b>Migrantes</b>	Lei do Migrante - Nº 13.445/2017; Política Nacional de Saúde para Migrantes, Refugiados e Apátridas no Brasil (em construção)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar o acesso ao acolhimento e serviços, buscando formas de superar as barreiras linguísticas e culturais.</li> <li>- Oferecer suporte psicossocial para o enfrentamento do deslocamento e vulnerabilidades.</li> <li>- Certificar que esteja ocorrendo um acesso igualitário aos serviços necessários.</li> <li>- Combater a xenofobia e promover a inclusão social.</li> <li>- Garantir informações claras sobre direitos e serviços disponíveis.</li> </ul>
------------------	--	--

Fonte: Das autoras.



**CUIDADO AO  
TRABALHADOR**



**E**m situações de emergências, desastres e calamidades públicas, diversos profissionais compõem a linha de frente da resposta humanitária: trabalhadores da assistência social, saúde, defesa civil, educação, segurança pública e voluntariado organizado. Esses profissionais atuam sob pressão intensa, em cenários de perda, sofrimento e urgência, onde os limites entre o pessoal e o institucional frequentemente se misturam (MS, 2024; SEAD/MS, 2022).

Nessas circunstâncias, o cuidado ao trabalhador não pode ser visto como algo secundário; ao contrário, ele deve ser considerado parte essencial das estratégias de resposta e reconstrução. Isso significa reconhecer que quem cuida também precisa ser cuidado, não apenas para preservar sua saúde mental e física, mas também para garantir que o atendimento à população seja ético, contínuo e humanizado (BRASIL, 2024; FIOCRUZ, 2020).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2024) e diversas instituições que atuam com saúde do trabalhador reforçam a importância de incorporar práticas de cuidado institucional em contextos de crise, tais como: oferta de espaços de escuta e acolhimento psicológico, monitoramento de sinais de esgotamento, estresse e sofrimento psíquico, ações coletivas de apoio, como rodas de conversa e momentos de pausa, criação de protocolos de gestão de crises internas. Essas práticas podem ser implementadas por meio da articulação entre políticas públicas, como a RAPS, os serviços da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a gestão do trabalho na assistência social e os comitês intersetoriais de emergência.

No caso dos trabalhadores da assistência social, que muitas vezes atuam em territórios com os quais têm laços afetivos e comunitários, o sofrimento pode ser ainda mais intenso. Porém, o mesmo vale para profissionais da saúde que perdem pacientes, da educação que acolhem crianças deslocadas, da segurança que convivem com o luto e o medo da população (FIOCRUZ, 2020; SEAD/MS, 2022).

O conceito de SMAPS reconhece essa complexidade. Ele propõe um conjunto de ações organizadas que promovam bem-estar, escuta, proteção emocional e vínculos, tanto para os indivíduos afetados quanto para os profissionais envolvidos (IASC, 2007). Assim, ao planejar ações em emergências, é fundamental prever estratégias de apoio aos trabalhadores, antes, durante e depois do evento crítico. Isso não é apenas um gesto de cuidado, é uma ação estratégica para a continuidade dos serviços, a preservação da vida e a integridade da resposta pública.

## IMPORTANTE

**Cuidar de quem cuida é uma tarefa coletiva, intersetorial e urgente. Esse é um compromisso ético de toda gestão que se propõe a enfrentar os impactos sociais dos desastres com responsabilidade e humanidade (SEAD/MS, 2022; BRASIL, 2001).**

No contexto das emergências e desastres, é fundamental reconhecer o cuidado com os(as) trabalhadores(as) da assistência social como eixo estratégico da resposta psicossocial. A Nota Informativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Atenção Básica do Estado do Rio Grande do Sul (CEVS/DAS/SES-RS, 2021) orienta que os serviços do SUS dialoguem com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e com as equipes da atenção básica em situações de calamidade.

Esses serviços são responsáveis por identificar riscos, ofertar suporte psicossocial e clínico, promover ações de vigilância em saúde do trabalhador e fortalecer o cuidado em rede. Ao reconhecer a exposição constante a altos níveis de estresse e sofrimento nas equipes que atuam na linha de frente, o documento mencionado reforça a importância da escuta qualificada, do acolhimento e da articulação intersetorial como estratégias de prevenção ao adoecimento físico e emocional dos profissionais das políticas públicas.

**Importante destacar que o cuidado ao trabalhador não se limita ao campo ético ou afetivo, mas é também um direito garantido por meio da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), instituída no âmbito do SUS. Essa política pública reconhece os impactos do trabalho na saúde física e mental e assegura ações de promoção, prevenção e vigilância, incluindo em contextos de emergência e desastres, onde o desgaste dos profissionais tende a se intensificar.**

### 8.1 Cuidados a Trabalhadores em Desastres

A Cartilha 5 da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres (BRASIL, 2024) traz diretrizes emergenciais para a promoção da saúde mental e do cuidado psicossocial a trabalhadores e gestores que atuam na fase de resposta aos desastres. Reconhecendo os estressores agudos vivenciados por esses profissionais, o documento reforça a importância de estratégias integradas de cuidado em três níveis: organizacional, interpessoal e individual. QR Code 3



## 8.2 Cuidar do cuidador: um dever institucional

A cartilha *Cuidados a Trabalhadores*, da série *Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres* (BRASIL, 2024), afirma que os trabalhadores na linha de frente precisam ter suas condições de trabalho organizadas para favorecer o bem-estar, a saúde mental e o crescimento pessoal e profissional. Isso inclui desde a definição de escalas com carga horária justa, até a oferta de espaços de escuta, supervisão e apoio emocional. A ausência dessas estratégias pode levar ao adoecimento físico e emocional, à síndrome de *burnout*, ao uso abusivo de substâncias e até ao rompimento de vínculos com o trabalho.

## 8.3 Apoio psicossocial em múltiplos níveis

Segundo as *Diretrizes da IASC* (2007), o apoio psicossocial em emergências deve ser estruturado em camadas. No nível organizacional, a instituição precisa garantir segurança, comunicação clara, carga horária adequada e espaços de descanso; no nível interpessoal, a equipe deve construir relações de apoio e partilha; no nível individual, é preciso estimular o autocuidado, o reconhecimento de limites e o acesso a redes de suporte emocional.

Dessa forma, o cuidado ao trabalhador não se limita a intervenções clínicas ou psicológicas, mas envolve também ações práticas e cotidianas, como:

- ➡ Definir claramente os objetivos e funções de cada trabalhador em campo;
- ➡ Rotatividade entre atividades de maior e menor impacto emocional;
- ➡ Capacitação sobre saúde mental, luto, perdas e estratégias de enfrentamento;
- ➡ Reuniões de supervisão e rodas de conversa para acolhimento e partilha;
- ➡ Acesso a dispositivos do SUS e de atenção psicossocial no território.

## 8.4 Sinais de alerta e acompanhamento contínuo

É fundamental que gestores e colegas estejam atentos a sinais de sofrimento psíquico dos trabalhadores: insônia, alterações no apetite, irritabilidade, dificuldade de concentração, ruminação, uso abusivo de álcool ou medicamentos, sensação de não pertencimento ou esgotamento. Esses indicadores devem ser acompanhados e acolhidos com seriedade, com encaminhamentos para apoio especializado quando necessário (BRASIL, 2024; OPAS, 2013).

Além disso, a atenção psicossocial não se encerra com o fim da resposta emergencial. O sofrimento pode se manifestar tarde, por isso, as estratégias de cuidado devem ser mantidas no médio e longo prazo, com avaliações sistemáticas e políticas institucionais permanentes.

## 8.5 O cuidado começa na gestão

Cabe à gestão municipal, especialmente em serviços como CRAS, CREAS, saúde e defesa civil (sem esquecer dos demais serviços que atuam na linha de frente) integrar o cuidado aos trabalhadores em seus planos de contingência, planos de trabalho e planejamento anual. Isso inclui garantir pausas, revezamentos, supervisões regulares e escuta ativa das equipes.

Como orienta o Ministério da Saúde (BRASIL, 2024), cuidar do trabalhador é também uma forma de garantir o cuidado às populações atendidas. O Capítulo 4 do *Guia de Primeiros Cuidados Psicológicos: Guia para Trabalhadores de Campo QR Code 4* trata do cuidado com o próprio trabalhador humanitário e com seus colegas, destacando a importância de práticas saudáveis para manter o bem-estar emocional em contextos de crise. A atuação em contextos críticos pode despertar sentimentos difíceis, como impotência, tristeza ou culpa, o que exige uma atenção cuidadosa à saúde mental do próprio cuidador. Para saber mais acerca deste assunto, encontrar dicas e sugestões de autocuidado e cuidado com o trabalhador, indica-se o acesso ao material apresentado no Guia descrito.



**Primeiros Cuidados Psicológicos: guia para trabalhadores de campo**



### IMPORTANTE

**“O cuidado não é um luxo, é uma condição de sobrevivência coletiva. Cuidar de quem cuida é garantir que o cuidado continue existindo” (OMS, 2012, texto digital).**

# ATIVIDADE

1 - Quando o bem-estar físico, mental e emocional da equipe de trabalhadores do SUAS é visto e fortalecido, o trabalho flui melhor, a produtividade se torna mais estratégica e o ambiente se torna mais acolhedor e motivador. Pensando nesta perspectiva, como o cuidado com os trabalhadores vem sendo colocado em prática em seu ambiente de trabalho? Se você pudesse elaborar/contribuir com uma proposta para melhorar este cuidado, qual seria?

**2 - Sabemos que cada município possui suas características quanto à organização da RAPS. Descreva/desenhe como ela se constitui em seu município.**

## Referências

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 3.124/2023: Institui diretrizes, estratégias e ações para o programa de Atenção e Orientação às mães atípicas Cuidando de quem cuida e institui os Centros Especializados de Proteção Especial às mães atípicas [Projeto de lei]. <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2369957>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 nov. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm). Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm). Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidados a trabalhadores: série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres. Vol. 5. Brasília: MS/SVSA/DEMSP, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Instrutivo técnico: RAPS no SUS: Rede de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo\\_tecnico\\_raps\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf). Acesso em: 14 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 8 dez. 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 14 de julho de 2003. Altera dispositivos da Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, para dispor sobre o controle sanitário do comércio de defensivos agrícolas e seus resíduos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 15 jul. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003: Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10741.htm).

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm). Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012. Institui a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 11 abr. 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12608.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12608.htm). Acesso em: 15 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015: Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/L13146.htm).

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 maio 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13445.htm). Acesso em: 19 jul. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.721, de 8 de novembro de 2023: Altera os artigos 8º e 10º da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14721.htm).

BRASIL. Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024: Institui a Política Nacional de Atenção Psicosocial nas Comunidades Escolares. Diário Oficial da União. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2024/lei/L14819.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L14819.htm).

BRASIL. Lei nº 14.987, de 25 de setembro de 2024: Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, para estender o direito ao atendimento psicossocial a crianças e adolescentes com pais vítimas de violência ou presos em regime fechado. Diário Oficial da União. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14987-25-setembro-2024-796401-norma-pl.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2002]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em: 21 jul. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011: institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional LGBT). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html). Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) [Portaria]. *Diário Oficial da União*. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 14 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)*. Brasília: Ministério da Saúde, [202-]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRAZIL. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial – RAPS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/10279/3/Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Psicossocial%20-%20RAPS.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental dos trabalhadores dos serviços públicos em emergências. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção psicossocial em situações de emergências e desastres: orientações para equipes de saúde da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_mental\\_atencao\\_psicosocial\\_desastres.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_atencao_psicosocial_desastres.pdf). Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2010 (atualizado em 2019). Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/violencia/pacto-nacional/documentos/politica-national-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf/view>. Acesso em: 20 jul. 2025

CABRAL, Karol V.; WEINTRAUB, Ana C. A. de M.; MELO, Bernardo D.; LIMA, Carolyne C. de; NOAL, Débora S.; COELHO, Lara G.; MAZOTO, Maíra L.; MENESES, Sara S. *O momento atual da sindemia.* (2<sup>a</sup> ed. Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19. Reconstrução pós-desastre e emergências de saúde pública). Brasília: Fiocruz, 2022.

CEVS/SES-RS. Nota informativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora na Atenção Básica. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do RS, 2021. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/08133658-nota-informativa-da-ses-vigilancia-em-saude-do-trabalhador-e-da-na-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2025.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) na gestão integral de riscos, emergências e desastres. Brasília: CFP, 2021.

FIOCRUZ. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes). *Saúde mental e apoio psicossocial em emergências e desastres: guia para trabalhadores da saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://www.fiocruz.br/cepedes/media/guia-saude-mental-emergencias.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2025.

FIOCRUZ. REIS, A. P. Trabalho, saúde e adoecimento mental: percursos na rede de atenção do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

FRANCO, M. H. P. *Intervenção psicológica em emergências: fundamentos para a prática.* Casa do Psicólogo, 2015.

FREITAS, Carlos. M. Guia de preparação e respostas do setor saúde aos desastres. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/ane-oxos/adbdf1fb1bd20e237ab67233e3f0a4cfe67a267c.PDF>. Acesso em: 17 jul. 2025.

GAGLIATO, Márcio. *Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias: uma análise crítica entre políticas e práticas atuais de assistência.* Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-21032019-170435/publico/MarcioFloresGagliato\\_DR1478.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6140/tde-21032019-170435/publico/MarcioFloresGagliato_DR1478.pdf). Acesso em: 17 jul. 2025.

GÜNTHER, Wanda M. R.; CICCOTTI, Larissa; RODRIGUES, Angela C. *Desastres: múltiplas abordagens e desafios.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

IASC – INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE. Diretrizes sobre saúde mental e apoio psicossocial em situações de emergência. Genebra: IASC, 2007. Disponível em: <https://www.mhpss.net/?-get=113/IASC-Guidelines-PT.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2025.

KIRMAYER, Laurence J.; KIENZLER, Hanna; AFANA, Abdel; PEDERSEN, Duncan. Trauma and disasters in social and cultural context. In: BHUGRA, Dinesh; MORGAN, Craig. (Ed.). *Principles of social psychiatry.* 2. ed. New York: Wiley-Blackwell, 2010. p. 155–177.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Cadernos de Atenção Básica, 34.* Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília, DF, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Respostas emocionais e primeiros cuidados psicológicos em desastres e emergências [online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svs/encientes/respostas-emocionais-e-primeiros-cuidados-psicologicos-em-desastres-e-emergencias>. Acesso em: 20 jul. 2025.

NOAL, Débora S. *Atenção Psicossocial e Saúde Mental: Analisando Diretrizes e ações para uma gestão Integral de Riscos e Desastres.* Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/32630/1/2018\\_D%c3%a9boradaSilvaNoal.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/32630/1/2018_D%c3%a9boradaSilvaNoal.pdf). Acesso em: 17 jul. 2025.

OPAS; OMS. Atenção à saúde mental em situações de emergência e desastre. Washington, DC: OPAS, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Orientações operacionais para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 por parte dos serviços de saúde mental: orientações para os profissionais de saúde mental.* Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHCOVID19200026\\_por.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53017/OPASBRANMHCOVID19200026_por.pdf?sequence=1). Acesso em: 17 jul. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Orientações sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em emergências e desastres*. Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/orientacoes-sobre-saude-mental-e-apoio-psicossocial-emergencias-e-desastres>. Acesso em: 29 jun. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. Brasília, DF: OPAS, 2015.

PAHO/WHO Mental Health and substance Use Unit: Department of Emergency Preparedness and disaster Relief, 2016. Disponível em: Technical guideline for mental health in disaster situations and emergencies (WHO) - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. Acesso em: 17 jul. 2025.

RICARDO, Henrique do Nascimento. *Saúde mental e atenção psicossocial em desastres: comportamentos profissionais do psicólogo intervindo na resposta*. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/17010>. Acesso em: 17 jul. 2025.

ROCHA, Suelen. A equipe multiprofissional no acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidades. In: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. *Acolhimento com Classificação de Risco na Atenção Primária à Saúde: Classificação de risco e vulnerabilidades na Atenção Primária à Saúde*. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

SANT'ANNA FILHO, O. *O psicólogo na redução dos riscos de desastres: teoria e prática*. Casa do Psicólogo, 2017.

SEAD/MS. Saúde do trabalhador do SUAS: adoecimento mental entre os profissionais da assistência social. Governo de MS, 2022.

TABORDA, Maria 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*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2006. p. 43–72.

VAN OMMEREN, Mark; SAXENA, Shekhar; SARACENO, Benedetto. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 83, p. 71–75, 2005.

WEINTRAUB, Ana C. A. de M.; COGO, Adriana S.; MELO, Bernardo D.; LIMA, Carolyne C.; NOAL, Débora S.; RABELO, Ionara V. M.; COELHO, Lara G.; MAZOTO, Maíra L.; RESENDE, Milene T.; FAGUNDES, Sandra M. S.; FERNANDES, Sônia R. P.; ERTHAL, V. *Demandas em Saúde Mental: uma proposta de Classificação de Risco em Saúde Mental*. (2ª ed. Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19. Reconstrução pós-desastre e emergências de saúde pública). Brasília: Fiocruz, 2022.

WHO; WAR TRAUMA FOUNDATION; WORLD VISION INTERNATIONAL. *Psychological First Aid: Guide for Field Workers*. Geneva: WHO, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICD-10*. Geneva: WHO; 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva: WHO, 2011.

