

Intervenções de saúde mental e apoio psicossocial em resposta a desastres: revisão sistemática

Mental health interventions and psychosocial support in response to disasters: systematic review

Intervenciones de salud mental y apoyo psicossocial en respuesta a desastres: revisión sistemática

Gabriel Marcos Crociari¹, Neide Aparecida Micelli Domingos¹

¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Psicologia – São José do Rio Preto – São Paulo – Brasil.

RESUMO

A psicologia das emergências é uma resposta às tragédias e estuda seus impactos na subjetividade humana. Objetivou-se identificar intervenções de saúde mental e atenção psicossocial em resposta a desastres. Foi realizada uma revisão sistemática, entre junho de 2021 e junho de 2024, dos últimos 13 anos de publicações, nas seguintes bases: MedLine Ovid, LILACS, Cochrane, Embase e PsycInfo, cuja população-alvo foi indivíduos afetados por desastres e suas emergências, utilizando o acrônimo PICOS para elaboração da estratégia de busca. Foram selecionados 11 estudos. As intervenções mais prevalentes foram: primeiros socorros psicológicos (PSP), terapia cognitivo-comportamental (TCC), *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) e equipes de intervenção em crises (KIT). As evidências foram moderadas para: PSP, TCC, rádio, cuidados escalonados, sites educativos, telepsicoterapia por vídeo e psicologia positiva. Concluiu-se que existem intervenções de apoio psicossocial e de saúde mental consolidadas para situações de desastres que podem ser aplicadas em cenários diversificados, sendo ações adaptativas e tecnológicas, podendo ser conduzidas por profissionais da saúde mental ou agentes treinados, com aplicabilidade em curto, médio e longo prazos, favorecendo a cultura e atores locais para melhor preservação da comunidade e reconstrução.

Palavras-chave: Desastres, Emergências, Apoio psicossocial, Saúde mental, Intervenção em crise, Revisão sistemática.

ABSTRACT

Emergency Psychology is a response to tragedies and studies the impacts on human subjectivity. The objective was to identify mental health and psychosocial care interventions for disaster response. A systematic review was carried out between June/2021 and June/2024, of the last 13 years of publication, in the following databases: MedLine Ovid, LILACS, Cochrane, Embase and PsycInfo, whose target population was individuals affected by disasters and their emergencies, using the PICOS acronym for developing the search strategy. 11 studies were selected. The most prevalent interventions were: Psychological First Aid (PSP), Cognitive-Behavioral Therapy (CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Crisis Intervention Teams (KIT). Evidence was moderated for: PSP, CBT, radio, stepped care, educational websites, video telepsychotherapy and positive psychology. It was concluded that there are consolidated psychosocial support and mental health interventions for disaster situations that can be applied in diverse scenarios, being adaptive and technological actions, and can be conducted by mental health professionals or trained agents, with short, medium and long term applicability. long term, favoring culture and local actors for better community preservation and reconstruction.

Keywords: Disasters, Emergencies, Psychosocial Support, Mental Health, Crisis Intervention, Systematic review.

Correspondência:

Gabriel Marcos Crociari.

E-mail: gabrielcrociari@gmail.com



RESUMEN

La Psicología de Emergencia es una respuesta a las tragedias y estudia los impactos en la subjetividad humana. El objetivo fue identificar intervenciones de atención psicossocial y de salud mental para la respuesta a desastres. Se realizó una revisión sistemática entre junio/2021 y junio/2024, de los últimos 13 años de publicación, en las siguientes bases de datos: MedLine Ovid, LILACS, Cochrane, Embase y PsycInfo, cuya población objetivo fueron los individuos afectados por desastres y sus emergencias, utilizando la sigla PICOS para desarrollar la estrategia de búsqueda. Se seleccionaron 11 estudios. Las intervenciones más prevalentes fueron: Primeros Auxilios Psicológicos (PSP), Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (EMDR) y Equipos de Intervención en Crisis (KIT). Se moderó la evidencia para: PSP, CBT, radio, atención escalonada, sitios web educativos, videotelepsicoterapia y psicología positiva. Se concluyó que existen intervenciones consolidadas de apoyo psicossocial y salud mental para situaciones de desastre que pueden ser aplicadas en diversos escenarios, siendo acciones adaptativas y tecnológicas, y pueden ser realizadas por profesionales de salud mental o agentes capacitados, con aplicabilidad a corto, mediano y largo plazo, favoreciendo la cultura y los actores locales para una mejor preservación y reconstrucción de las comunidades.

Palabras clave: Desastres, Emergencias, Apoyo Psicossocial, Salud Mental, Intervención en Crisis, Revisión Sistemática.

Destaques de impacto clínico

- As principais descobertas incluem a eficácia de PSP, técnicas de recuperação psicológica (SRP), cuidados escalonados, TCC, EMDR e a importância de avaliações contínuas para a adaptação das intervenções.
- Tecnologias emergentes, como teleatendimento e aplicativos, demonstraram grande potencial, principalmente em contextos remotos para otimizar o acesso a cuidados em regiões distantes ou comprometidas.
- A prática clínica pode se beneficiar dessas abordagens para fornecer respostas rápidas e eficazes, minimizando o impacto psicossocial dos desastres nas populações afetadas.

A ocorrência de desastres naturais vem aumentando nos últimos anos, criando a percepção de que esses eventos são mais frequentes e devastadores (Dário & Malagutti, 2019). Sua visibilidade também aumenta em razão da maior mobilidade de pessoas no mundo e da comunicação instantânea, que possibilita assistir ao desastre ou à emergência praticamente durante seu acontecimento (Cogo et al., 2015).

O termo desastre refere-se a eventos que podem ter causas diversas, mas que resultam em sofrimento e na destruição de bens materiais, ofertas de serviços e vidas humanas. O impacto pode ser percebido de forma direta ou indireta, ou seja, por aqueles que presenciam o evento durante sua ocorrência ou por aqueles que o vivenciam por outros meios, como a mídia. Os efeitos de uma catástrofe devem ser analisados em curto, médio e longo prazos, uma vez que, assim que um fenômeno de tamanha gravidade ocorre, são esperadas reações diversas da população afetada, podendo, inclusive, serem consideradas normais diante de um cenário adverso. O que é anormal é a ocorrência de um desastre, sendo necessárias ações para prevenir a ameaça, mitigar, responder e recuperar as consequências do evento (Ribeiro & Freitas, 2020).

Segundo Guha-Sapir et al. (2014), há quatro critérios de classificação para um evento ser considerado uma catástrofe

ou um desastre: ter mais de 10 vítimas fatais; ter afetado 100 ou mais pessoas; ter sido declarado estado de emergência; e ter sido necessário solicitar apoio internacional. Já segundo a Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (EIRD), desastre é a interrupção do funcionamento de uma comunidade/sociedade que causa perdas humanas, materiais, econômicas ou ambientais; compromete rotinas, oferta de serviços e a produtividade local; expõe um cenário de injustiças sociais e de construção social do risco, tendo como reflexo a vulnerabilidade socioambiental das comunidades e sua capacidade de resposta (Silva et al., 2020). Em outra análise, a World Health Organization (WHO, 2011) compreende que catástrofe é o resultado de uma combinação de variáveis, incluindo vulnerabilidades e insuficiências de capacidades para reduzir riscos potenciais.

Os desastres, na maioria das vezes, podem estar relacionados a emergências, ou seja, situações súbitas que requerem resposta imediata. Estas geram outros prejuízos que podem ser irreversíveis para a sociedade afetada, como mortes, outras perdas, desestruturação social e possível desencadeamento de alterações psicofísicas nos indivíduos envolvidos, o que pode requerer amparo assistencial imediato (WHO, 2011).

Para Cohen (2006), um desastre pode ser compreendido em três fases: a ameaça, o impacto e o pós-desastre, com efeitos de curto, médio e longo prazos. O estado de emergência é considerado pela Secretaria Nacional de Defesa Civil (Araújo, 2012) uma situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito, na qual há a identificação legal pelo poder público de se tratar de uma situação anormal, causada por desastre, produzindo danos à comunidade. Dessa forma, pode-se considerar as emergências aquelas ocorrências inesperadas que comprometem a vida e a integridade física e psicossocial de uma ou de várias pessoas, podendo haver perdas materiais, econômicas ou até da própria vida, com impacto emocional, o que pode interferir na reconstrução da comunidade (Barbosa et al., 2023).

A emergência, desastre ou acidente gera um estado de crise, desencadeado por uma percepção ou experiência de um fato ou uma situação tão crítica que os mecanismos de superação do indivíduo passam a ser insuficientes (Said & Chiang, 2020). Page et al. (2021) definem que o período mais crítico após um acidente abrange as primeiras 72 horas após o início do evento.

As reações apresentadas pela população afetada em um desastre são diversas, o que dificulta prever o tempo de recuperação necessário a cada um. Existem condições que podem contribuir ou complexificar a recuperação das pessoas, o que valida o caráter fundamental do apoio psicológico, sobretudo para mitigar o estresse agudo, quando não foi possível preveni-lo, e o manejo de aspectos emocionais envolvidos nas respostas às situações enfrentadas (Amorim-Ribeiro et al., 2021). Desastres, catástrofes, emergências ou acidentes, por seu caráter imprevisível e pelo ameaça imediata à vida, podem potencializar ou desencadear estresse (Dário & Malagutti, 2019).

Do ponto de vista psicológico, os desastres são fenômenos de difícil entendimento, que requerem tempo para serem percebidos, compreendidos e, por fim, elaborados (Ribeiro & Freitas, 2020). Não afetam somente a comunidade atingida diretamente, mas também outras populações regionalizadas, como as comunidades próximas. Podem ser considerados afetados por um desastre: pessoas feridas; familiares de pessoas e animais feridos ou mortos; pessoas que estavam próximo ao local; desalojados (aqueles que perderam a moradia, mas conseguiram abrigo); desabrigados (aqueles que perderam a moradia e não têm acesso a abrigo naquele momento); todos que, de alguma maneira, atuaram no desastre, como profissionais resgatistas, da saúde em geral (p. ex., médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais), que atuam no Instituto Médico Legal (IML) ou no serviço funerário e voluntários (Günther et al. 2017).

Estima-se que, em algum momento da vida, 90% da população mundial passarão por algum evento estressor com potencial traumático, como violência interpessoal (p. ex.,

agressões, acidentes de trânsito, abuso sexual e assaltos) ou alguma situação de desastre. Durante as primeiras 48 horas que se seguem ao início de um evento estressor, é comum que as pessoas apresentem alguns sintomas físicos, emocionais ou cognitivos, como taquicardia, tremores, náuseas, medo, raiva, culpa, confusão, desorientação, desamparo, insônia, dificuldade de concentração ou de memória (Silva et al., 2013).

Assim, a intervenção psicológica em situações de crise serve para trabalhar o ajustamento psicológico do indivíduo durante o momento de descompensação, atenuando o impacto direto do evento potencialmente traumático. O objetivo é auxiliar a maximizar a parte saudável que ainda permanece preservada da pessoa, assim como seus recursos sociais, criando estratégias de enfrentamento adaptativas para o estresse. Nessa ocasião, deve-se possibilitar que a própria pessoa encontre condições melhores de adaptabilidade por meio do acesso a recursos de enfrentamento, muitas vezes reconhecidos por ela mesma (Dário & Malagutti, 2019). Ainda nesse sentido, Nakano (2020) reitera que, em um cenário de calamidade e momentos de grande pressão, deve-se buscar uma intervenção direta e focalizada, em um curto período, com recursos disponibilizados pela própria psicologia.

A intervenção inclui variáveis importantes para a recuperação dos indivíduos afetados pelo evento catastrófico em curto e longo prazos, como mantê-los em segurança, em contato com seus pares, calmos e, possivelmente, esperançosos, sentindo-se competentes para suprir as próprias necessidades, mas também as de outros indivíduos e as de sua comunidade. A partir disso, a abordagem colabora no manejo de sintomas, como ansiedade e medo, favorecendo o bem-estar e o apoio psicossocial, o que pode resultar em pessoas capazes de superar a crise quando estiverem amparadas, utilizando seus próprios recursos e capacidades para reconstrução da comunidade e de sua vida (Ribeiro, 2023).

De modo geral, a atuação da psicologia em emergências e desastres tem como foco a saúde mental e o apoio psicossocial das pessoas afetadas (Cogo et al., 2015). O apoio psicossocial não tem por objetivo prover uma solução genérica para o sofrimento humano e não substitui a segurança física, a justiça social e a dignidade humana. Suas metas são: evitar danos, aliviar o sofrimento e oferecer suporte efetivo para o enfrentamento. Isso exige intervenções preventivas, acolhedoras e progressivas (Brooks et al., 2019).

A eficiência das intervenções em situações de crise, sobretudo em desastres e suas emergências, sinaliza a importância de identificar as técnicas que apresentam melhores resultados, o que é um desafio quando consideradas as adversidades territoriais e culturais, bem como as próprias especificidades da crise (Barbosa et al., 2023). Dessa maneira, o objetivo desta revisão sistemática foi identificar intervenções de saúde mental e de atenção psicossocial utilizadas em resposta a emergências e desastres.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática, cujos passos foram os seguintes: delimitação da pergunta orientadora (baseada na estratégia PICOS); definição dos critérios de elegibilidade; definição dos termos de busca e bases de dados; seleção dos estudos; apresentação dos resultados (baseada no método PRISMA); e análise dos dados. O processo de busca nas bases de dados eletrônicos iniciou-se em junho de 2021, sendo atualizado até 2024.

A pergunta norteadora foi: “Quais são as intervenções realizadas em emergências e desastres para promoção de saúde mental e atenção psicossocial aos afetados de primeiro nível?”. Essa questão de pesquisa foi elaborada com base na estratégia PICOS: *Patient*/paciente ou *Problem*/problema (populações vítimas de emergências em desastres ou em estado de vulnerabilidade por desastres, de todas as idades, gêneros e etnias); *Intervention*/intervenções (ações de atenção psicossocial e saúde mental); *Control*/controle ou *Comparison*/comparação (não aplicado); *Outcomes*/desfechos (não aplicado); *Studies*/estudos (estudos primários, qualitativos ou quantitativos, observacionais analíticos ou experimentais) (Araújo, 2020).

Critérios de elegibilidade: foram incluídos (1) estudos cuja população-alvo era de pessoas (todas as idades, gêneros e etnias) afetadas em primeiro nível por eventos catastróficos, em estado de crise, podendo ser um desastre natural ou tecnológico; (2) estudos que descrevessem as intervenções e suas características – ações que objetivassem abordar saúde mental e atenção psicossocial aos afetados, iniciadas em até 72 horas após início da ocorrência; (3) textos completos; (4) artigos primários nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa; (5) publicações nos últimos 13 anos (2011–2024); (6) cada estudo foi incluído uma única vez.

Critérios de exclusão: (1) estudos que descrevessem estratégias de gestão em situações de crise; (2) estudos que descrevessem intervenções que impossibilitam sua replicação em outros cenários de desastre devido a sua especificidade; (3) estudos com refugiados ou populações migratórias; (4) pesquisas com informações características das intervenções ausentes; (5) intervenções em situações de crise por conflitos armados, políticos, raciais ou por materiais radioativos; (6) intervenções direcionadas a populações indiretamente afetadas; (7) investigações psicossociais em etapas posteriores à emergência de desastres, sobretudo estudos que tratam de recuperação, revitalização ou reconstrução, bem como estratégias de intervenção psicossocial aplicadas após a situação de crise, ausência de características, de delineamento ou omissão da aplicabilidade das técnicas e intervenções estudadas.

Definição dos termos de busca e das bases de dados: para o levantamento bibliográfico, foram consultadas as bases de dados eletrônicas Medical Literature Ovid, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL Cochrane), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PsycInfo. Tais bases foram escolhidas devido a sua abrangência de indexação, ou seja, contêm estudos nos principais polos de pesquisas sobre emergências e desastres, sendo eles: América Latina, Europa e Estados Unidos. A PsycInfo, uma base específica para buscas com foco na área psicológica, também foi utilizada.

As estratégias de busca foram elaboradas mediante combinação de descritores e seus sinônimos para desastres, emergências, intervenções psicossociais, apoio psicossocial e saúde mental, modificados de acordo com as particularidades de cada base de dados, como Medical Subject Headings (MeSH Terms), Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Embase Subject Headings (Emtree) e APA Thesaurus of Psychological Index Terms. Todos os termos foram traduzidos para o inglês e, para seu cruzamento, foram utilizadas as combinações dos operadores booleanos (*AND* e *OR*) e estratégias de truncamento. Os descritores foram baseados na estratégia PICOS, sendo utilizados descritores para *Patient*/paciente e *Intervention*/intervenções.

Os termos para busca no MeSH Terms foram: Disaster Victims OR Emergencies OR Disasters OR Natural Disasters; Crisis Intervention OR Disaster Planning OR Psychosocial Support Systems OR Mental Health OR Mental Health Services OR Community Mental Health Services OR Mental Health Recovery OR Psychiatric Rehabilitation OR Psychosocial Intervention OR Psychological Techniques. Para o DeCS foram: Disaster Victims OR Disaster Emergencies OR Disasters OR Emergencies OR Biological Disaster OR Geological Disaster OR Hydrologic Disaster OR Man-Made Disasters OR Industrial Disaster OR Meteorological Disaster OR Natural Disasters OR Technological Disasters OR Urgencies OR Crisis Intervention OR Mental Health OR Psychosocial Support Systems OR Adaptation, Psychological OR Psychotherapeutic Processes OR Emotional Adjustment OR Mental Hygiene. Os termos no Emtree foram: Disaster Victim OR Disaster OR Humanitarian Crisis OR Mass Disaster OR Natural Disaster OR Emergency/Crisis Intervention OR Psychological and Psychiatric Procedures OR Mental Health Care OR Psychosocial Care OR Mental Health Service OR Community Mental Health Service OR Mental Health OR Community Mental Health OR Disaster Planning OR Disaster Management OR Disaster Response OR First Response. Os descritores no APA Thesaurus of Psychological Index Terms foram: Natural Disasters OR Disasters/Crisis Intervention OR Mental Health Programs OR Crisis Intervention Services OR Psychosocial Rehabilitation OR Psychosocial Readjustment OR Psychosocial Rehabilitation OR Debriefing Psychological OR Psychotherapeutic Techniques OR Mental

Health OR Emotional Adjustment OR Mental Health Services OR Crisis Intervention Services OR Community Mental Health Services OR Community Mental Health OR Community Mental Health Training.

A avaliação sistemática da qualidade foi realizada por meio do sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (Roeber et al., 2021). Para avaliação de risco de viés nos estudos selecionados, foram utilizadas as ferramentas JBI Critical Appraisal Tools (Aromataris et al., 2024). Para sintetizar e apoiar a apresentação dos resultados da revisão, foi utilizado o método PRISMA (*statement* contendo um *flow diagram*) (Page et al., 2021).

A identificação da duplicidade dos resultados foi processada por meio da ferramenta “*Find duplicates*” do EndNote™ 20, que detecta os registros idênticos, comparando autor, título e tipo da referência. Estudos não identificados foram avaliados pelo revisor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As buscas bibliográficas iniciais resultaram em 1.128 registros. A partir dos achados das buscas e das bases eletrônicas, prosseguiu-se com a triagem e seleção a fim de selecionar os estudos para análise desta revisão (Figura 1).

Durante a identificação dos estudos, foram removidos os duplicados, antes do início da triagem. Devido à grande quantidade de resultados, o primeiro passo da triagem seguiu o critério de exclusão por ano de publicação nas bases de dados que não ofereciam esse recurso de filtragem (como a LILACS). Dessa maneira, os estudos recuperados e publicados antes de 2011 foram excluídos (N = 50). Textos incompletos e outros documentos, como livros, manuais, capítulos de livros, cartas ao editor e reportagens, foram retirados nessa etapa e separados para possível uso na discussão desta revisão (N = 232). Ainda na triagem, estudos com idioma divergente dos propostos para esta revisão, como mandarim, francês e alemão, foram excluídos (N = 8).

Seguindo para a segunda etapa da seleção, foram lidos os títulos e, posteriormente, os resumos dos estudos que permaneceram, sendo identificados 611 com tema e objetivos de pesquisa divergentes do foco desta revisão. Destes, 345 tratava-se de pesquisas que apenas mencionavam a importância do cuidado psicológico em situações de crise, porém, sem estudar as intervenções; 94 abordavam crises psíquicas em emergências hospitalares ou pré-hospitalares; e 172 não apresentavam dados com foco em saúde mental, abrangendo outras disciplinas como farmacologia, cuidados religiosos, entre outras. A exclusão desses estudos foi realizada nessa etapa.

A triagem se encerrou com a retirada dos artigos de acordo com critérios de exclusão, após a leitura na íntegra, tendo como resultado 11 estudos, apresentados na Tabela 1,

sendo cinco da base de dados PsycInfo, dois da MedLine Ovid, dois da LILACS e um da Embase.

Observa-se que os estudos recuperados, em grande parte (N = 6), tratam de revisões, seja de literatura ou sistemática, e uma pequena parcela é de estudos transversais-exploratórios (N = 2), relatos (N = 2) e descritivos (N = 1) que apresentam investigações científicas de apoio psicossocial ou de saúde mental não só na iminência da crise por desastre, mas também, em alguns casos, de intervenções pré e pós-evento.

A prevalência de pesquisas de revisão nesta amostra reflete o consenso que há entre pesquisadores sobre o desafio de se realizar estudos de campo nessa área, por exemplo, um ensaio clínico randomizado, em situações tão adversas como em um desastre, devido ao caráter emergencial do socorro, além de exigir sensibilidade e preocupação com os entrevistados sobreviventes (Makwana, 2019).

A classificação inicial da qualidade da evidência, conforme as diretrizes metodológicas do sistema GRADE, do Ministério da Saúde (2014), é definida a partir do delineamento dos estudos. O ensaio clínico randomizado é considerado mais adequado para estudos de intervenção, e, quando estes são considerados, a qualidade da evidência avaliada inicia-se como alta. Quando apenas estudos observacionais são incluídos, a qualidade da evidência inicia-se como baixa, como no caso dos estudos abordados nesta revisão, podendo evoluir de acordo com os critérios de avaliação.

A partir da classificação inicial, critérios foram definidos e o julgamento desses aspectos permitiram reduzir ou elevar o nível de evidência. Os fatores responsáveis pelo nível de evidência são: (a) limitações metodológicas (risco de viés); (b) inconsistência; (c) evidência indireta; (d) imprecisão; e (e) viés de publicação.

Risco de viés: dois estudos apresentaram risco de viés alto. Pfefferbaum e North (2016) apresentaram uma proposta de escalonamento de intervenções, entretanto, não caracterizaram as abordagens que podem ser combinadas e outros detalhamentos sobre o escalonamento, sendo, portanto, um risco para a tomada de decisão ao definir quais intervenções podem ser escalonadas para determinada população ou contexto. Já o estudo de Lara et al. (2019) apresentou resultados favoráveis para restauração ou recuperação com o uso de primeiros socorros psicológicos (PSP). Contudo, a literatura aponta o uso específico das técnicas de PSP no manejo de crises, sendo mais recomendadas outras intervenções para restauração ou recuperação. Observa-se, inclusive, que outros estudos da amostra que usaram PSP (Pfefferbaum et al., 2014; Rosen et al., 2020; Silva et al., 2013) aplicaram as técnicas apenas em situações de resposta à crise, descontinuando-as para fases posteriores do desastre e optando por outras intervenções nas fases de restauração e recuperação.

O estudo de Pfefferbaum et al. (2014) apresentou risco médio de viés. Essa revisão de intervenção em saúde mental

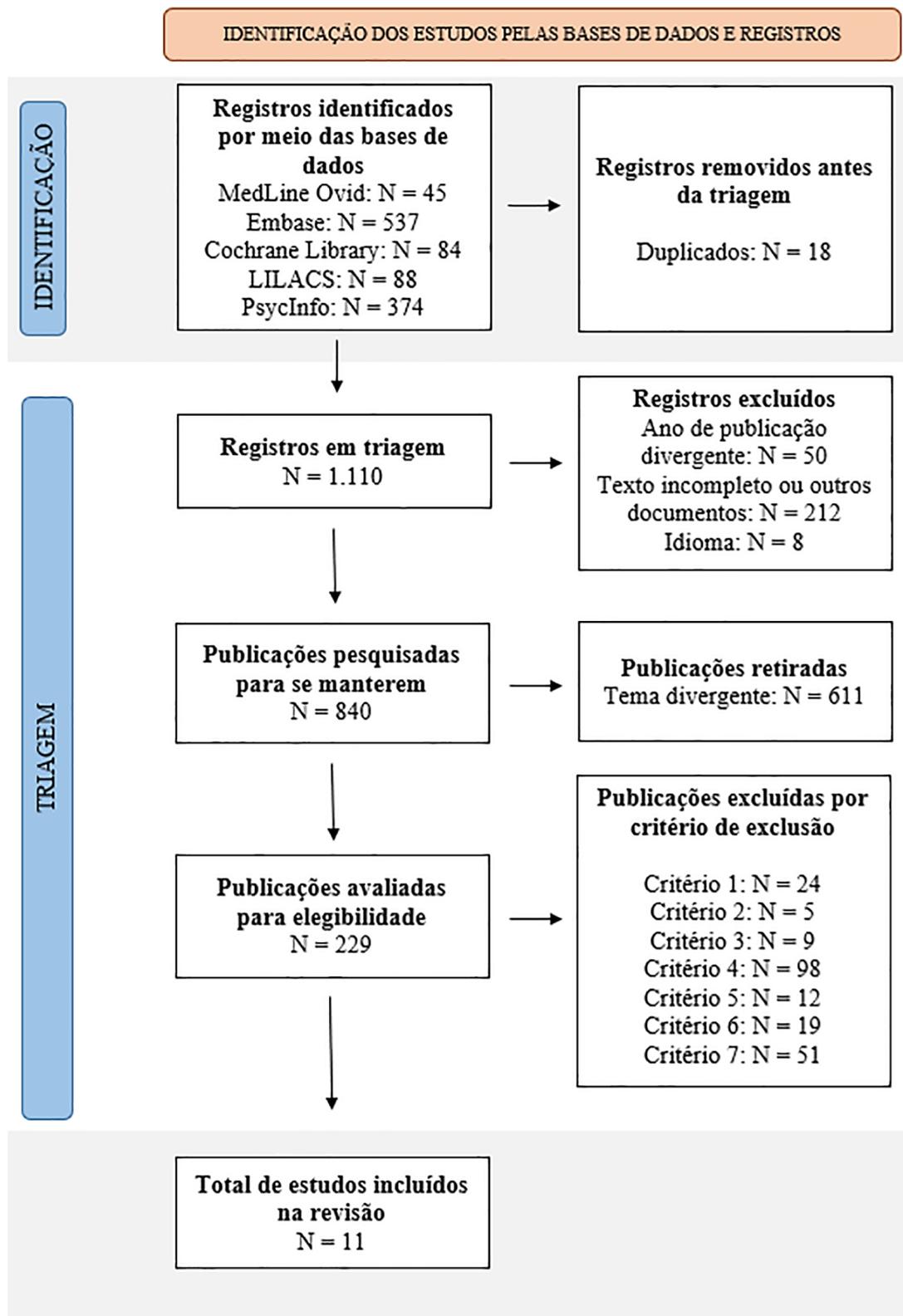


Figura 1. PRISMA 2020 - Fluxograma de identificação e seleção dos estudos.

Tabela 1. Estudos selecionados por delineamento.

Autor	Título	Objetivo	Delineamento
Bae et al. (2019)	Mental Health Interventions Provided by Volunteer Psychiatrists after the Sewol Ferry Disaster: April 16– November 30, 2014	Examinar a experiência de psiquiatras voluntários que realizaram intervenções de saúde mental para adolescentes e professores	Transversal, exploratório, quantitativo, descritivo
Silva et al. (2015)	Crisis Interventions in Online Psychological Counseling	Realizar uma revisão sistemática da literatura sobre intervenção psicológica <i>on-line</i> em crise	Revisão sistemática
Silva et al. (2013)	Primeiros socorros psicológicos: relato de intervenção em crise em Santa Maria	Relatar a experiência de aplicação do protocolo de primeiros socorros psicológicos em vítimas do incêndio da boate Kiss em Santa Maria	Relato de experiência
Hoppe (2023)	Erratum on: Emergencies from The Perspective of Psychosocial Acute Care – The Work of Crisis Intervention Teams	Descrever a estrutura, a lógica de ação e os objetivos da assistência das equipes de apoio em situações de crise	Descritivo
Hugelius et al. (2016)	“To Silence The Deafening Silence”: Survivor’s Needs and Experiences of The Impact of Disaster Radio for their Recovery After a Natural Disaster	Descrever as experiências dos sobreviventes logo após um desastre natural e o impacto que o rádio de desastres causou na recuperação do ponto de vista dos indivíduos afetados	Transversal, exploratório, qualitativo
Pfefferbaum e North (2016)	Child Disaster Mental Health Services: A Review of the System of Care, Assessment Approaches, and Evidence Base for Intervention	Descrever o sistema de atendimento para serviços de saúde mental infantil em desastres usando o risco da população para determinar os serviços necessários	Revisão de literatura
Rosen et al. (2020)	Telepsychotherapy During a Pandemic: A Traumatic Stress Perspective	Delinear como a telepsicoterapia pode ajudar os psicoterapeutas a atender às necessidades dos pacientes durante a pandemia de covid-19	Revisão de literatura
Beja et al. (2018)	Primeiros socorros psicológicos: intervenção psicológica na catástrofe	Contribuir para a sistematização teórica em psicologia das emergências e desastres em Portugal	Revisão de literatura
Vernberg et al. (2016)	Positive Psychology and Disaster Mental Health: Strategies for Working with Children and Adolescents	Apresentar considerações gerais para a aplicação da psicologia positiva em contextos de saúde mental de desastres, de curto a longo prazos	Relato de caso
Tol et al. (2011)	Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Settings: Linking Practice and Research	Vincular prática, financiamento e evidências para intervenções de saúde mental e bem-estar psicossocial em ambientes humanitários	Revisão sistemática
Pfefferbaum et al. (2014)	Mental Health Interventions for Children Exposed to Disasters and Terrorism	Descrever intervenções usadas com crianças expostas a desastres e terrorismo e apresentar informações sobre os potenciais benefícios dessas intervenções	Revisão de literatura

em desastres infantis identificou várias abordagens úteis ou, no mínimo, não prejudiciais. Em especial, as intervenções de preparação parecem promissoras, bem como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) em múltiplas formas de intervenções no luto. Exposição, intervenções narrativas e *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) têm resultados positivos, mas não está claro se são superiores a outros tratamentos em longo prazo.

Observa-se que os estudos com risco de viés, embora tenham usado intervenções presentes em outras pesquisas desta amostra, não conseguiram manter o rigor na avaliação das intervenções investigadas, apresentando problemas no seu delineamento e limitações graves, mas não necessariamente nas técnicas abordadas.

Inconsistência: estudos com as mesmas propostas de intervenção, como no caso da TCC (Pfefferbaum et al., 2014; Pfefferbaum & North, 2016; Rosen et al., 2020), apresentaram resultados semelhantes, sendo favoráveis ao uso da técnica após identificarem boas respostas terapêuticas. Entretanto, foi observada inconsistência entre os estudos que utilizaram PSP, como Silva et al. (2013) e Rosen et al. (2020), que os recomendam em situações de crise e trauma, bem como no caso de Lara et al. (2019), que sugerem seu uso para a fase de recuperação. Tal inconsistência no conjunto de evidências pode estar associada aos diferentes modelos de PSP utilizados nos referidos estudos, contendo especificidades na aplicabilidade que podem gerar resultados distintos.

Evidência direta: os estudos selecionados apresentaram evidência direta com os interesses da questão de pesquisa. Eles abordam uma população afetada heterogênea do ponto de vista etário, étnico e de gênero, focando em intervenções de saúde mental e de apoio psicossocial objetivando manejo psicológico de resposta a emergências e trauma em cenários de desastres.

Imprecisão: os estudos selecionados não apresentam dados estatísticos, o que inviabiliza, assim, a análise de imprecisão. Além disso, os tamanhos das amostras são relativamente baixos quando considerada a quantidade de pessoas afetadas por desastres anualmente, chegando na casa de milhões em todo o mundo de acordo com o United Nations Office For Disaster Risk Reduction ([UNDRR], 2015). Portanto, trata-se de um risco alto de imprecisão.

Vale ressaltar que aspectos culturais e questões éticas e estruturais, ou seja, especificidades de cada evento e suas heterogeneidades, podem influenciar na replicabilidade da intervenção e nos desfechos, sendo necessário considerar o julgamento de profissionais capacitados para a tomada de decisão.

Viés de publicação: os estudos da amostra fizeram uso de adequadas estratégias de busca e a maioria não restringiu idiomas ou ano de publicação, no caso das revisões. Foram utilizadas bases de dados relevantes para o tema, inclusive literatura cinzenta. Esses fatores diminuem as chances de viés de publicação de acordo com as diretrizes metodológicas

do sistema GRADE, do Ministério da Saúde (2014). Também não foram estudos patrocinados ou subsidiados, bem como declararam a inexistência de conflitos de interesse na publicação.

Os resultados da qualidade da evidência (Tabela 2) concluem a avaliação do sistema GRADE. Das técnicas utilizadas, seis apresentaram limitações que rebaixaram o nível da evidência, devido a fatores como amostra, resultados clínicos pouco claros ou especificidades do evento que influenciam na replicação da intervenção e podem gerar resultados diferentes em outros cenários. Como todo estudo não randomizado inicia a avaliação GRADE com baixa evidência, fatores como a magnitude do efeito em curto período elevaram os níveis da qualidade, sendo considerados níveis moderados para uma grande parte das intervenções estudadas.

As intervenções encontradas nesta revisão foram agrupadas em quatro níveis de assistência, de acordo com a pirâmide desenvolvida pelo Inter-Agency Standing Committee ([IASC], 2007).

O primeiro nível – serviços básicos de segurança – não é considerado, pois se trata de ações voltadas para a segurança e assistência a necessidades básicas, como abrigo, resgate e logística, não sendo intervenções estritamente psicológicas.

O segundo nível se refere ao apoio à comunidade e às famílias, que representa ações de resposta a emergências para um número menor de afetados que são capazes de manter sua saúde mental e seu bem-estar psicossocial recebendo auxílio para ter acesso aos principais serviços de suporte da comunidade e famílias. As estratégias de apoio à comunidade encontradas nesta revisão foram: estação de rádio que opera na área afetada transmitindo informações específicas relacionadas ao desastre e orientações sobre assistências básicas, além de tocar músicas escolhidas pela população que favoreceram o acesso à informação, passando uma sensação de calma e reduzindo os sentimentos de solidão e de desamparo; ferramentas e aplicativos *on-line* (p. ex., Headspace, Calm, PTSD Coach, Covid Coach, TCC por internet e psicoeducação *on-line*) para manejo de sintomas de estresse e treinamento de atenção plena e autocompaixão; *site* educativo com abordagem multidisciplinar para fornecer informações sobre desastres, como locais de abrigo, cuidados com a saúde mental, reestabelecimento de laços afetivos virtualmente, lista de desaparecidos e informações de segurança e primeiros socorros, mostrou-se útil para a população, sobretudo por seu amplo alcance e baixo custo; atividades escolares recreativas e visitas domiciliares também foram ações que resultaram no desenvolvimento de resiliência e manejo de sintomas de estresse e depressão.

Apoios focados não especializados constituem o terceiro nível e representam o suporte necessário para um número ainda menor de pessoas que carecem de mais intervenções individuais, familiares ou em grupo providas por profissionais da saúde treinados e supervisionados (aqueles

Tabela 2. Avaliação geral GRADE, por intervenção.

Pergunta de pesquisa: quais intervenções realizadas em situações de emergências e desastres para promoção de saúde mental e atenção psicossocial aos afetados de primeiro nível?

Intervenção	Desfechos	Qualidade da evidência
Rádio	Contribui para acessibilidade e baixo custo	⊕⊕⊕○* MODERADA
Ferramentas e aplicativos <i>on-line</i>	Contribui para o manejo de sintomas leves, baixo custo e acessível	⊕⊕⊕○ MODERADA
Site educativo	Contribui para a fase de resposta com informações à população afetada	⊕⊕⊕○ MODERADA
Atividades escolares	Contribui para externalizar emoções e melhor resiliência dos estudantes	⊕⊕⊕○ MODERADA
Visitas domiciliares	Auxilia no manejo de estresse e sintomas depressivos; características demográficas podem impactar nos resultados	⊕⊕○○ BAIXA
PSP ¹	Contribui para o manejo em situações de crise	⊕⊕⊕○ MODERADA
<i>Debriefing</i>	Resultados pouco conclusivos	⊕○○○ MUITO BAIXA
SRP ²	Contribui para o enfrentamento em crise	⊕⊕⊕○ MODERADA
Gestão de problemas	Contribui para o manejo de sintomas psicológicos	⊕⊕⊕○ MODERADA
Psicologia positiva	Contribui para a manutenção da saúde do desenvolvimento infantil	⊕⊕⊕○ MODERADA
Psicoeducação	Resultados limitados se aplicada isoladamente	⊕⊕○○ BAIXA
Entrevista individual	Boa adesão e alto aproveitamento para aconselhamento psicológico	⊕⊕⊕○ MODERADA
Grupos	Aproveitamento intermediário para aconselhamento psicológico	⊕⊕⊕○ MODERADA
Cuidados escalonados	Contribui para a identificação das demandas e encaminhamentos	⊕⊕⊕○ MODERADA
TCC ³	Bons resultados para manejo do trauma psicológico	⊕⊕⊕○ MODERADA
Exposição narrativa	As especificidades do evento podem influenciar na aplicabilidade e no resultado	⊕⊕○○ BAIXA
EMDR ⁴	Resultados pouco claros em longo prazo	⊕⊕○○ BAIXA
Telepsicoterapia por CVT ⁵	Resultados semelhantes às intervenções presenciais, com boa resposta terapêutica	⊕⊕⊕○ MODERADA
Telepsicoterapia por telefone	Baixa resposta terapêutica quando comparada com outras intervenções	⊕○○○ MUITO BAIXA
KIT ⁶	Recomendado para intervenção de respostas à crise nas primeiras 24 a 48 horas	⊕⊕⊕○ MODERADA

Notas. ¹ Primeiros socorros psicológicos; ² Habilidades para recuperação psicológica; ³ Terapia cognitivo-comportamental; ⁴ *Eye movement desensitization and reprocessing*; ⁵ *Clinical video teleconferencing*; ⁶ Equipes de intervenção em crise. * Sistema de avaliação por cruzes. Cada cruz eleva o nível da qualidade da evidência, podendo ser julgada entre muito baixa, baixa, moderada e alta.

que não são formados em cuidados especializados). Primeiros cuidados psicológicos, utilizados a partir do modelo de nove etapas do National Center for PTSD, do modelo de cinco estágios *Reflective, Prioritization, Intervention, Disposition, Psychological First Aid* (RAPID-PFA) e do modelo elaborado pelo National Child Traumatic Stress Network (NCTSN), foram encontrados como intervenções utilizadas logo após situações de desastres e desempenham papéis efetivos na assistência psicológica aos afetados. O *debriefing* realizado em sessão única individual ou em grupo, sobretudo com crianças, não apresentou resultados benéficos quando comparado com outras intervenções. Técnicas de recuperação psicológica (SRP) para prover estratégias de enfrentamento e apoio, as quais incluem resolução de problemas, agendamento de atividades positivas, gerenciamento de reações, pensamento e construção de conexões sociais positivas, encontram bons resultados semanas e meses após o evento traumático. Técnicas de gestão de problemas oferecidas por profissionais treinados apresentaram redução de sintomas de ansiedade e depressão quando comparadas com manejos convencionais. Técnicas de psicologia positiva que seguiam cinco passos – (1) promover um senso psicológico de segurança; (2) promover a calma; (3) promover um senso de autoeficácia e eficácia coletiva; (4) promover a conectividade; e (5) transmitir esperança –, tiveram efeitos significativos no manejo com crianças e adolescentes. Psicoeducação foi a última ação desta categoria e não apresentou evidências claras quanto ao seu uso isoladamente, sendo recomendado o uso combinado com outras intervenções para melhores efeitos.

Os serviços especializados estão no topo da pirâmide (nível superior) e representam o apoio adicional necessário para a população cujo sofrimento, apesar dos suportes já mencionados, é intolerável e pode acarretar prejuízos significativos no funcionamento básico, representando uma pequena porcentagem dos afetados. Essa assistência deve incluir apoio psicológico ou psiquiátrico para aqueles que sofrem de transtornos mentais graves quando suas demandas excederem as capacidades de assistência dos serviços de saúde primários ou de saúde em geral já existentes. Tais problemas exigem: encaminhamento para serviços especializados, se eles existirem, ou início de treinamento de longo prazo e supervisão dos prestadores de cuidados de saúde primários ou de saúde em geral. Embora serviços especializados sejam necessários apenas para um pequeno número de pessoas, na maioria das situações de desastres, esse grupo representa milhares de indivíduos ao considerar o volume de afetados (IASC, 2007). Os serviços especializados encontrados nesta revisão foram: entrevistas individuais para aconselhamento psicológico realizado por meio de 1 a 6 sessões, de 20 a 50 minutos, com mais de 60% de aproveitamento entre os participantes. Sessões em grupo para apoio psicológico também foram realizadas por meio de 1 a 5 sessões com temas como psicoeducação, definição de trauma,

resposta aguda ao estresse, tipos de estresse, exercícios para expressar emoções e pensamentos, compreensão dos processos de perda e luto, estabilização, enfrentamento da mídia, escrita de cartas para amigos, adaptação à escola e exercícios de respiração e relaxamento muscular, com 70% de aproveitamento intermediário. Cuidados escalonados foram outra ação estudada, os quais envolvem um programa de cuidados com triagem da população e demandas, avaliação clínica e intervenções cognitivo-comportamentais para trauma, apresentando boa resposta terapêutica. Técnicas cognitivo-comportamentais (intervenções cognitivo-comportamentais para trauma nas escolas [CBITS] e TCC focada no trauma [TF-CBT]) têm apresentado resultados terapêuticos para o manejo de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), depressão, ansiedade, problemas de comportamento, luto e adaptação. As técnicas de exposição narrativa também foram consideradas apropriadas. Outra intervenção útil para manejo de TEPT e melhora em relação à ansiedade e à depressão foi a EMDR. Telepsicoterapia via teleconferência clínica (VA/Dod Clinical) não apresentou resultados inferiores comparada à psicoterapia presencial, sendo, portanto, também útil para situações em que não é possível realizar o acompanhamento pessoalmente, como ocorreu durante a pandemia de covid-19, por exemplo. A telepsicoterapia via telefone pode ser uma opção viável para população com limitado acesso presencial, uma vez que apresentou benefícios para o manejo de sintomas depressivos; entretanto, não se mostrou mais eficaz que outras modalidades de assistência, que podem ser decisões melhores se forem acessíveis para o contexto.

O estudo de Hoppe (2023) apresenta um modelo de intervenção em crise denominada KIT. Trata-se de uma equipe especializada para atendimento nas primeiras 24 a 48 horas, ou seja, durante o curso da crise, sendo contraindicada em momentos posteriores. Seu principal objetivo é restaurar ou fortalecer a capacidade das pessoas afetadas de agir por meio da ativação de recursos pessoais existentes ou desenvolvê-los nas primeiras horas, baseando-se nas necessidades individuais das vítimas e dos afetados. O procedimento pode ser dividido em algumas partes: transmitir segurança; comunicar fatos e expectativas; perceber as necessidades e supri-las; acionar e capacitar a rede de apoio; reconhecer, promover e ativar recursos; propiciar despedidas, se for o caso; discutir os próximos passos; realizar psicoeducação; e, por fim, nomear a ajuda psicossocial.

Em última análise, esta revisão sistemática recuperou estudos revisionais na amostra dos artigos selecionados. Tal situação ocorre mediante a baixa produção de estudos primários nessa temática nos últimos anos, sobretudo em situações de resposta imediata às emergências, dada sua prioridade de socorro e cenário crítico que dificulta o controle das intervenções e da amostra. Ainda assim, a seleção de estudos de revisão permite analisar intervenções já existentes e manter ou não a validação dos achados até então.

É importante destacar que as revisões de outros autores incluídas nesta pesquisa abordavam características específicas que delimitavam um determinado cenário, população ou evento. Ou seja, revisavam intervenções realizadas em um evento catastrófico específico, como a pandemia de covid-19, como o estudo de Rosen et al. (2020), ou em um dado país, como a revisão de Beja et al. (2018), em Portugal. Outras revisões incluídas estavam vinculadas a uma população específica, como a população infantil em Pfefferbaum e North (2016) e Pfefferbaum et al. (2014). O estudo de Silva et al. (2015) também delimita uma questão específica por se tratar de intervenções *on-line*.

Portanto, esta revisão sistemática, por se tratar de uma pesquisa que aborda a diversidade de cenários, populações e eventos, buscou examinar o maior número de intervenções possíveis em atenção psicossocial e saúde mental utilizadas até o momento por profissionais de resposta. Almejou-se encontrar uma gama bastante vasta de ações terapêuticas que possam servir para diferentes situações futuras, apoiando, em um único estudo, a tomada de decisão mais eficiente de acordo com a ocorrência que for deflagrada.

A partir das intervenções encontradas, notou-se que a natureza complexa e dinâmica dos desastres exige uma abordagem adaptativa e baseada em evidências para a prestação de cuidados em saúde mental. O que funciona em uma situação de desastre pode não ser tão eficaz em outra, e é importante entender quais intervenções são mais apropriadas para diferentes contextos e grupos populacionais.

Além disso, a rápida evolução das tecnologias e metodologias de intervenção oferece novas oportunidades e desafios para a prática de atenção psicossocial e saúde mental em situações de desastre, como no caso das intervenções *on-line* ou teleatendimentos. Os desastres atuais, mesmo nos lugares mais remotos, podem contar com respostas tecnológicas que otimizam o cuidado com rapidez para o maior número de pessoas e a baixo custo. Essa nova realidade tecnológica encontra-se ainda em expansão nas emergências de desastres, porém, chega com resultados promissores e capazes de mudar o curso da crise para a recuperação e a reconstrução.

Outro aspecto importante é a necessidade de avaliar o impacto das intervenções em longo prazo. Compreender não apenas os resultados imediatos, mas também os efeitos em longo prazo dessas intervenções é essencial para a formulação de políticas e práticas futuras, a fim de garantir uma abordagem sustentável.

Por fim, a voz e a experiência das próprias comunidades afetadas devem ser centrais na concepção, na implementação e na avaliação das intervenções de atenção psicossocial e saúde mental. Estudos que adotam uma abordagem participativa e centrada no paciente são fundamentais para garantir que as intervenções sejam culturalmente sensíveis, socialmente justas e verdadeiramente eficazes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de problemas psicossociais e de saúde mental em cenários de desastres é alta. Esses eventos são constituídos por uma ampla gama de emergências que impactam toda uma comunidade. Constatou-se que as intervenções de atenção psicossocial e saúde mental utilizadas em resposta às emergências e desastres abarcam todos os níveis assistenciais em contextos humanitários, sendo eles suporte à comunidade e às famílias, apoios focados não especializados e serviços especializados. Rádio, ferramentas e aplicativos *on-line*, *site* educativo e atividades escolares recreativas são instrumentos recomendados para apoio psicossocial e de saúde mental às comunidades afetadas. Já as visitas domiciliares podem apresentar resultados mais promissores se associadas com outras intervenções. Para estratégias de apoio não especializadas, recomenda-se o uso de PSP, SRP, gestão de problemas e psicologia positiva. Psicoeducação tem melhor resultado quando realizada com outras intervenções, uma vez que os resultados são pouco claros quando ela é executada isoladamente. *Debriefing* não apresentou evidências terapêuticas que sustentem sua recomendação em situações de crise por desastre.

Os cuidados especializados podem ser realizados por meio de entrevistas individuais de aconselhamento psicológico, grupos, cuidados escalonados, TCC e telepsicoterapia por teleconferência clínica. A EMDR também é recomendada para intervenção no trauma, mas com resultados pouco claros em longo prazo. O uso de técnicas de exposição narrativa precisa ser julgado individualmente a cada cenário, pois especificidades do evento e do contexto podem influenciar na aplicabilidade e no resultado. Telepsicoterapia por telefone não apresentou eficácia quando comparada com outras modalidades de intervenção, tendo pouca força de recomendação. Equipes especializadas, como a KIT, apresentada por Hoppe (2023), podem oferecer apoio eficaz em situações de crises, nas primeiras 24 a 48 horas, porém é contraindicada quando há doenças psiquiátricas prévias.

Para novas revisões sistemáticas, recomenda-se a investigação de protocolos clínicos buscando melhorar a força de recomendação para cuidados psicológicos. Dessa maneira, é possível que estudos de metanálise sejam realizados e podem, potencialmente, concluir evidências cada vez mais confiáveis e apoiar a tomada de decisão de profissionais e pesquisadores.

REFERÊNCIAS

- Amorim-Ribeiro, E. M. B., Svacina, M. A., Melo, C. S. B., Tostes, J. G. A., Reis, L. P. C., Moura, Y. G., ... Lopes, R. T. (2021). Protocolo Calma Nessa Hora: Acolhimento interdisciplinar em saúde mental para situações de crises e emergências. *Psico*, 52(3), 1-14.
- Araújo, S. B. (2012). *Administração de desastres: Conceitos e tecnologia* (3. ed.). Secretaria Nacional de Defesa Civil. http://www.defesacivil.pr.gov.br/sites/defesa-civil/arquivos_restritos/files/documento/2018-12/AdministracaodeDesastres.pdf

- Araújo, W. C. O. (2020). Recuperação da informação em saúde: Construção, modelos e estratégias. *Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 100-134.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Bae, S. M., Lee, M. S., Kim, E., Kim, J., Lee, J., Hwang, J. W., ... Bhang, S. Y. (2019). Mental health interventions provided by volunteer psychiatrists after the sewol ferry disaster. *Psychiatry Investigation*, 16(7), 513-523.
- Barbosa, L., Damasceno, R., & Costa, M. (2023). Psicologia das emergências e desastres no Brasil: Uma revisão de literatura. *Revista de Psicologia da IMED*, 15(1), 134-149.
- Beja, M. J., Portugal, A., Câmara, J., Berenguer, C., Reboló, A., Crawford, C., & Gonçalves, D. (2018). Primeiros socorros psicológicos: Intervenção psicológica na catástrofe. *Psicologica*, 61(1), 125-142.
- Brooks, S. K., Dunn, R., & Amlôt, R. (2019). Protecting the psychological wellbeing of staff exposed to disaster or emergency at work: A qualitative study. *BMC Psychology*, 7(78).
- Cogo, A. S., César, A. V. L., Prizanteli, C. C., Jabur, E., Hispagnol, I. G. I., & Franco, M. H. P., ... Torolho, P. R. D. (2015). A psicologia diante de emergências e desastres. In M. H. P. Franco (Ed.), *A intervenção psicológica em emergências: Fundamentos para a prática* (pp. 17-60). Summus.
- Cohen, R. E. (2006). Implementation of mental health programs for survivors of natural disaster in Latin America. In G. A. Jacobs, & G. Reyes (Eds.), *Handbook of international disaster psychology* (pp. 115-139). Greenwood.
- Dário, P. P., & Malagutti, W. (2019). Desastres naturais: Contribuições para atuação do psicólogo nos desastres hidrológicos. *Journal of Management & Primary Health Care*, 10, 1-18.
- Guha-Sapir, D., Hoyois, P., & Below, R. (2014). *Annual disaster statistical review 2013: The numbers and trends*. Center for Research on the Epidemiology of Disasters. https://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2013.pdf
- Günther, W. M. R., Ciccotti, L., & Rodrigues, A. C. (2017). *Desastres: Múltiplas abordagens e desafios*. Elsevier.
- Hoppe, S. (2023). Erratum on: Emergencies from the perspective of psychosocial acute care - the work of crisis intervention teams. *Federal Health Gazette, Health Research, Health Protection*. 66(1), 100.
- Hugelius, K., Gifford, M., Ortenwall, P., & Adolfsson, A. (2016). "To silence the deafening silence": Survivor's needs and experiences of the impact of disaster radio for their recovery after a natural disaster. *International Emergency Nursing*, 28, 8-13.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias*. https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2019-03/iasc_mhps_guidelines_portuguese.pdf
- Lara, P. G., Silva, G. R., Servino, L. L., Frimm, V. C., & Kristensen, C. H. (2019). Primeiros socorros psicológicos: Intervenção em crise para eventos de violência urbana. *Revista Educar Mais*, 3(3), 9-16.
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090-3095.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. (2014). *Diretrizes metodológicas: O sistema GRADE – manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde*. Ministério da Saúde.
- Nakano, T. de C. (2020). Crises, desastres naturais e pandemias: Contribuições da Psicologia Positiva. *Ciências Psicológicas*, 14(2), e-2161.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Association*, 372(71).
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2016). Child Disaster Mental Health Services: A review of the system of care, assessment approaches and evidence base for intervention. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 5.
- Pfefferbaum, B., Newman, E., & Nelson, S. D. (2014). Mental health interventions for children exposed to disasters and terrorism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(1), 24-31.
- Ribeiro, M. (2023). *A formação em primeiros socorros psicológicos nos agentes de Proteção Civil* [Dissertação de mestrado]. Instituto Superior de Educação e Ciências. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44641>
- Ribeiro, M. P., & Freitas, J. L. (2020). Atuação do psicólogo na gestão integral de riscos e desastres: Uma revisão sistemática da literatura. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(2), 1-20.
- Roever, L., Gomes-Neto, M., Durães, A. R., Reis, P. E. O., Pollo-Flores, P., Silva, R. M. L., & Resende, E. S. (2021). Compreendendo o GRADE: PICO e qualidade dos estudos. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. 19(1), 54-61.
- Rosen, C. S., Glassman, L. H., & Morland, L. A. (2020). Telepsychotherapy during a pandemic: A traumatic stress perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 174-187.
- Said, N. B., & Chiang, V. C. L. (2020). The knowledge, skill competencies, and psychological preparedness of nurses for disasters: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 48, 100806.
- Silva, I. V. M., Freitas, C. M., & Freitas, L. E. (2020). Vulnerabilidade institucional do setor saúde a desastres: Perspectiva dos profissionais e gestores de Nova Friburgo. *Saúde em Debate*, 44(2), 188-202.
- Silva, J. A. M. da, Siegmund, G., & Bredemeier, J. (2015). Crisis interventions in online psychological counseling. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(4), 171-182.

- Silva, T. M., Mello, P. G., Silveira, K. A., Wolffenbüttel, L., Lobo, B., Bicca, C. H., Grassi-Oliveira, R., & Kristensen, C. H. (2013). Primeiros socorros psicológicos: Relato de intervenção em crise em Santa Maria. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 15(1), 93-104.
- Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., ... van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Linking practice and research. *Lancet*, 378(9802), 1581-91.
- United Nations Office For Disaster Risk Reduction (UNDRR). (2015). *Marco de Sendai para a redução do risco de desastres 2015-2030*. ONU. <https://www.preventionweb.net/publications/view/43291>
- Vernberg, E. M., Hambrick, E. P., Cho, B., & Hendrickson, M. L. (2016). Positive psychology and disaster mental health: Strategies for working with children and adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 72(12), 1333-1347.
- World Health Organization (WHO). (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>

Artigo submetido em: 10 de dezembro de 2023.

Artigo Aceito em: 02 de julho de 2024.

Artigo publicado online em: dia de mês de ano.

Fonte de financiamento: Nada consta.

Editora responsável:

Carmem Beatriz Neufeld

Outras informações relevantes:

Este artigo foi submetido no GNPapers da RBTC código 460.