



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



2ª EDIÇÃO

**CURSO
NACIONAL**

DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA COVID-19

**RECONSTRUÇÃO PÓS-DESASTRES
E EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA**

MÓDULO

1

O momento atual da sindemia

PARCERIA





Autoria:

Károl Veiga Cabral

Revisão:

Ana Cecília Andrade de Moraes Weintraub

Bernardo Dolabella Melo

Carolyne César de Lima

Débora da Silva Noal

Lara Gonçalves Coelho

Maíra Lopes Mazoto

Sara da Silva Meneses

O momento atual da sindemia:

pontos importantes para um processo de reconstrução democrático: as políticas de Gestão Integral de Riscos e de Desastres, o Sistema Único de Saúde e sua relação com outras políticas públicas (assistência social, defesa civil, educação e habitação)

“Não somos o sal da terra, temos que abandonar o antropocentrismo, existe muito mais vida além da gente, não fazemos falta na biodiversidade. Vivemos numa abstração civilizatória que suprime a diversidade, nega a pluralidade das formas de vida, de existência e de hábitos.”

Ailton Krenak¹

1. Introdução



Variados e muitas vezes imprevisíveis, os desastres e as emergências em saúde pública excedem a capacidade de resposta local, demandando o reconhecimento social e político. Mesmo identificáveis e classificáveis, cada um tem sua particularidade, visto que acontecem em territórios, populações e culturas diversas.

Os desastres evidenciam as condições latentes de vulnerabilidade socioambiental que se encontram relacionadas às desigualdades sociais, econômicas e ambientais, afetando, principalmente, as populações e países mais pobres. Essas desigualdades se materializam na exposição das populações expostas a estes eventos, nas consequências mais graves sobre a saúde e sobre as condições de vida e na baixa capacidade de governança para estratégias de redução do risco e construção da resiliência².

Para que um evento seja entendido como uma emergência em saúde pública ou um desastre, é necessário que combine ameaças (naturais e/ou tecnológicas), exposição, condições de vulnerabilidade e insuficiente capacidade de respostas locais, ou seja, insuficiente capacidade local para lidar com suas consequências, demandando uma ajuda extra³. Além disso, é preciso que esse evento seja política e socialmente entendido como um “desastre”, seja pelas classificações formais vigentes, seja pelo entendimento coletivo que o insere como tal. A classificação de uma situação como desastre, ou não, depende de critérios que não são apenas a relação entre danos materiais, humanos ou ambientais e prejuízos no campo econômico e social oriundos de um evento inesperado causado por uma ameaça climática, tecnológica ou humana, como se costuma ler nos manuais de proteção e defesa civil em vigor no país.

Enfrentamos uma emergência em saúde pública de importância internacional, um evento extraordinário que constitui um risco de saúde pública para outros estados por meio da propagação internacional de doenças e exige uma resposta também internacional coordenada. Mundialmente, todos se viram ameaçados e se fez necessário produzir respostas a esta infecção altamente contagiosa, a covid-19. Entretanto, apesar da onipresença

do vírus, as reações ao enfrentamento da sindemia foram distintas nos países, bem como as ondas da infecção. Essa heterogeneidade da resposta é uma consequência de vários fatores, tais como: a capacidade instalada das redes de saúde, educação, proteção social, trabalho e renda, pelos recursos financeiros dos governos, mas também por questões ideológicas. Portanto, todos foram afetados, ainda que de distintas maneiras.

Argumentamos que a covid-19, entendida formalmente como uma emergência em saúde pública de importância internacional⁴, pode ser hoje classificada também como uma sindemia, dado o impacto que teve e tem para além de sua própria Linha de Cuidado, afetando o acesso ao cuidado para outras doenças e contribuindo para a carga excessiva de problemas de saúde em uma população. O impacto dessa interação é potencializado pelas condições sociais e ambientais que tornam a população mais vulnerável.

Conceitos!

Surto: Um surto ocorre quando há aumento localizado do número de casos de uma doença. É possível ocorrer um surto de uma doença até dentro de um hospital, causado, por exemplo, por uma infecção hospitalar, ou dentro de uma dada região.

Epidemia: É a ocorrência em uma comunidade ou região de casos de natureza semelhante, claramente excessiva em relação ao esperado.

Endemia: É a ocorrência de determinada doença que acomete sistematicamente populações em espaços característicos e determinados, no decorrer de um longo período, temporalmente ilimitada, e que mantém uma incidência relativamente constante, permitindo variações cíclicas e sazonais. Ocorre quando a doença é recorrente na região, mas não há um aumento significativo no número de casos e a população convive com ela.

Pandemia: Caracterizada por uma epidemia com larga distribuição geográfica, atingindo mais de um país ou de um continente. Segundo a OMS, uma pandemia é a disseminação mundial de uma nova doença, e o termo passa a ser usado quando uma epidemia, que afeta uma região, espalha-se por diferentes continentes, com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.

Síndemia: O termo combina sinergia e pandemia, e é utilizado quando duas ou mais doenças, sendo uma delas classificada como uma pandemia, interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças, pois o impacto dessa interação sobre a população afetada é facilitado pelas condições ambientais e sociais, deixando-a ainda mais vulnerável, amplificando o dano. A covid-19 afeta as Redes de Atenção à Saúde como um todo, pois rompe com as Linhas de Cuidado em Saúde e impacta o ambiente socioeconômico.

Antes mesmo do início da pandemia, entidades internacionais já vinham trabalhando para aumentar o conhecimento e o debate sobre saúde mental e atenção psicossocial em situações de emergências e desastres. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2013 o Plano de Ação em Saúde Mental para a próxima década (2013-2020)⁵, que foi atualizado e expandido em 2019 para compreender a década seguinte e que, em 2021, ganhou novos elementos levando em consideração a pandemia. Esse plano lista como principais objetivos para os estados-membros no campo da saúde mental e atenção psicossocial:

- Promover liderança e governança mais efetivas;
- Ofertar serviços de saúde mental e atenção psicossocial integrados, comunitários e abrangentes;
- Implementar estratégias de promoção e prevenção aos agravos à saúde mental;
- Reforçar sistemas de informação, evidências e pesquisas sobre as ações propostas e realizadas neste campo.

Especificamente sobre as situações de emergência, o plano reforça a importância de levar em consideração o componente “saúde mental e atenção psicossocial” em toda resposta a uma emergência em saúde pública ou desastre. Dessa forma, seria possível facilitar o acesso das comunidades afetadas aos serviços de apoio, promovendo ações que lidem com agravos preexistentes ou induzidos pelo evento extremo, sem deixar de considerar o planejamento da implantação de longo prazo de qualquer intervenção nessa área.

Estima-se que, de 1/3, a metade da população pode sofrer alguma manifestação do tipo psicopatológica em decorrência de eventos como a de covid-19⁶. Isso vai depender de muitas variáveis, tais como: cultura, trajetória, ter vivido outras experiências, vulnerabilidades socioambientais, magnitude da pandemia, confiança no processo de gestão, afastamento da rede socioafetiva, etc.

Dados de uma pesquisa multicêntrica da OMS⁶ revelam que o aumento na demanda de saúde mental relaciona-se aos seguintes fatores: o isolamento social, o medo do contágio, as perdas, incluindo a perda de familiares, perda do emprego e renda e inseguranças em relação ao futuro.

Ao menos 1/4 dos países reportaram pelo menos 75% de interrupções parciais ou totais de atendimentos em saúde mental durante a pandemia⁶. Ou seja, houve uma demanda de problemas que não apenas ficou reprimida, como também impossibilitada de obter atendimento em saúde mental. Isso significa que os indivíduos que já faziam tratamento tiveram o seu plano terapêutico prejudicado, enquanto os que nunca haviam procurado assistência relacionada à saúde mental não encontraram apoio. Esse efeito percebido no mundo também foi notado no Brasil.

No Brasil, o grande investimento financeiro feito no setor saúde foi destinado para o tratamento direto da covid-19, com a ampliação de leitos, abertura de hospitais de campanha, compra de testes, respiradores, medicamentos e, posteriormente, vacinas. Isso teve como efeito, porém, a queda dos investimentos nos demais pontos de atenção das redes, o que, em boa medida, deve-se à escolha pela forma de tratar a doença e não abarcar as causas para evitar a doença. No caso brasileiro, as desigualdades sociais já presentes se acentuaram, e a rede que já enfrentava recortes financeiros desde 2016 se viu ainda mais fragilizada. Evidentemente, não se discute a necessidade de investimentos na atenção hospitalar para tratar as pessoas acometidas por covid-19, nem mesmo na vacinação, porém, no setor saúde, teria sido necessário garantir investimentos desde a Atenção Primária para justamente evitar o contágio e o agravo de tantas pessoas.

Assim, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi diretamente afetada por essa escolha. Confrontadas com a duração da pandemia e com inúmeros desafios estruturais e do ponto de vista dos recursos necessários, as equipes tentaram organizar formas de suporte à população, por meio do ambiente

virtual ou de encontros presenciais seguros, ou mesmo priorizando o atendimento aos casos mais graves.

A gestão de risco de desastres exige um processo de antecipação, planejamento e preparação para resposta, envolvendo os diferentes setores e esferas de governo (municipal, estadual e federal), assim como a sociedade organizada e as comunidades suscetíveis³.

A pandemia expõe e aumenta a desigualdade social no Brasil: fome, trabalho precário e renda, problemas econômicos, misérias, problemas de transporte e deslocamento, problemas de habitação, dificuldades de acesso à escola e aos cuidados em saúde se amplificaram ao ponto de regressarmos ao mapa da fome, estabelecendo-se em todo o país a insegurança alimentar, em especial em populações mais vulneráveis historicamente, como a quilombola e as etnias indígenas. Apesar da estrutura instalada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a resposta brasileira ao problema da covid-19 não foi organizada, nem planejada de forma interfederativa – o que não apenas fere os princípios do SUS, como se opõe a toda a legislação vigente relacionada à saúde do país. No entanto, esforços foram feitos por outros colegiados, tal como o Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS).

Assim, **o momento atual é de reconstituir a aposta para um cuidado em rede, dando conta de organizar o processo de cuidado e os fluxos de trabalho para acolher a demanda reprimida em saúde mental, mas também a demanda oriunda das sequelas da covid-19, assim como reestruturar o trabalho com aqueles que já frequentavam a rede de serviços por questões de sofrimento prévio à pandemia.** Atuar na recuperação, reconstrução e reabilitação também demanda trabalhar na direção da prevenção, mitigação e preparação para uma eventual nova crise, desastre ou emergência em saúde pública. Uma vez identificada nossa rede instalada, o que temos e o que buscamos, quais processos de educação permanente adotar, precisamos organizar o processo de cuidado longitudinal. Atuar na Gestão Integral de Riscos e de Desastres envolve utilizar uma abordagem sistêmica para a participação de todo o sistema de saúde, com a mais ampla colaboração intersetorial e interinstitucional na redução dos impactos dos desastres e emergências:

Figura 1 - O ciclo da Gestão Integral de Riscos e de Desastres.



Saiba Mais!²

Prevenção dos riscos futuros: Ações sobre os processos de determinações sociais dos riscos e vulnerabilidades aos desastres, com uma necessária articulação intersetorial.

Mitigação dos riscos existentes: Minimizar os riscos e vulnerabilidades já existentes, de modo a limitar o impacto adverso das ameaças e de eventos críticos.

Preparação das respostas aos eventuais desastres e emergências em saúde pública: Desenvolver mecanismos pactuados para planejamento, organização e coordenação das respostas adequadas a eventuais desastres e/ou emergências, tanto especificamente no setor saúde quanto de maneira intersetorial.

Respostas aos desastres e emergências e reabilitação das condições de vida e saúde nas comunidades: Ações durante ou imediatamente após a ocorrência de um desastre e/ou emergência com foco na preservação de vidas, da saúde e das necessidades básicas dos afetados.

Recuperar a saúde e reconstruir a comunidade: Reestabelecer as condições de vida e saúde das comunidades afetadas por um desastre e/ou emergência e promover as mudanças necessárias para diminuir os impactos de um desastre futuro.

2. De onde partimos?



Temos no Brasil um sistema universal chamado Sistema Único de Saúde (SUS), com um capítulo específico para a saúde presente na Constituição de 1988, considerada a Constituição Cidadã, regulado pela Lei nº 8.080/1990 que, por sua vez, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. O modelo brasileiro é de uma democracia participativa, e a Lei nº 8.142/1990 regula o controle social e, portanto, a participação paritária da comunidade nas decisões a respeito da saúde, inclusive na transferência de recursos financeiros, por intermédio dos Conselhos de Saúde presentes nas três esferas (União, Estados e Municípios) e da realização de Conferências de Saúde.

A partir da adoção do SUS, a relação interfederativa é prevista tanto financeiramente (orçamento tripartite) quanto na organização das políticas e dos fluxos interligados das redes presentes e de responsabilidade das três esferas, cada qual com suas funções. A gestão possui instâncias e instrumentos de planejamento e ação em saúde, assim como sistemas de monitoramento e recolhimento de dados compartilhados. A ação entre os três entes é solidária, e é esperada a adoção de **Termo de Compromisso** e cooperação entre os três entes – União, Estados e Municípios –, que extrapola o aporte financeiro, organizando políticas públicas que atendam às necessidades das diferentes populações presentes no território, por conta do enfrentamento de uma situação crítica, como foi o caso da covid-19. Infelizmente as políticas de proteção e defesa civil só são acionadas quando o desastre já aconteceu, nas três esferas de governo. A partir de 2011, com o desastre da região serrana no Rio de Janeiro, foi implantado um sistema de monitoramento de desastres - o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (Cemaden) - e criada a Força Nacional do SUS, estratégias que auxiliam, mas não resolvem o problema que é histórico e exige uma mudança de cultura na gestão de risco desse tipo de evento. Em 2012, foi instituída a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (Lei nº 12.608/2012).

No campo da saúde mental, o marco legal é a Lei nº 10.216/2001, que preconiza o cuidado em liberdade mediante o progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos e da implementação de uma rede substitutiva de serviços que se configurou a partir da adoção do modelo de Redes de Atenção em Saúde (RAS 4.279/2010) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS 3.088/2011). Esse conjunto de leis e portarias é resultado da forte pressão da sociedade

civil organizada no momento do processo de redemocratização do estado brasileiro na década de 1980. São resultados da luta dos movimentos sociais, com participação efetiva de trabalhadores, gestores, mas, especialmente, de usuários e seus familiares.

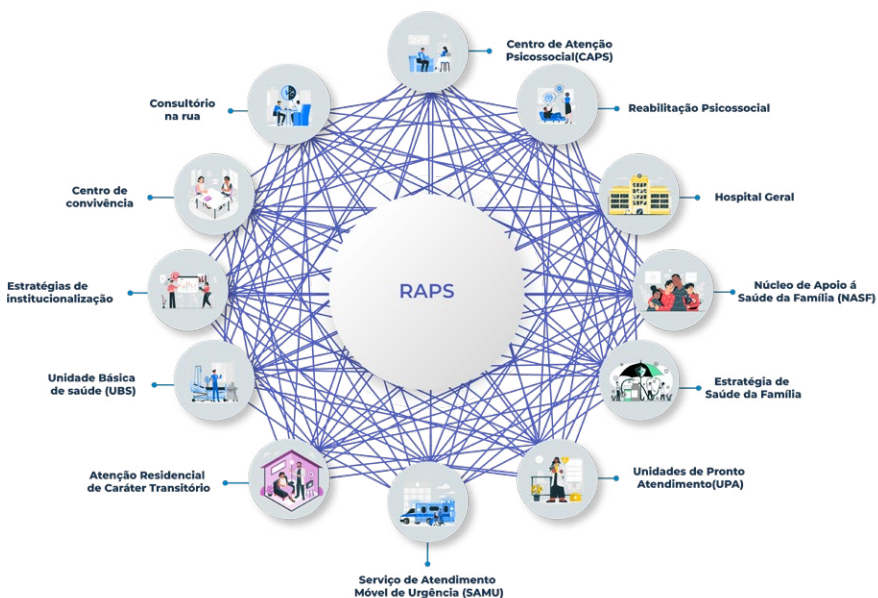
A saúde mental é uma política transversal. Por isso, devemos trabalhar, como em todas as políticas de saúde, de forma intersetorial, cuidado-centrada e com ações desenvolvidas no território, de forma a possibilitar a participação efetiva da comunidade no processo de cuidado. Investir em ações territoriais é amplamente recomendado pela OMS/OPAS, assim desde Alma Ata⁷, investir na Atenção Básica é fundamental para garantir a integralidade e o cuidado longitudinal dos usuários, ali onde a vida acontece, como nos aponta Merhy⁸.

Nesse sentido, trabalhamos com a concepção de saúde mental – incluindo aqui também a atenção às pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas – cujo objetivo central é garantir o cuidado integral e em liberdade aos usuários em seus territórios de vida, tendo a redução de danos como diretriz ética do cuidado. Tomamos como base para o desenvolvimento das ações de saúde mental os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, e destacamos a política de Humanização e de Educação Permanente como dispositivos ético-técnico-políticos de sustentação e constante atualização do modelo de atenção dispensado ao usuário, que é o ponto central do cuidado. Para ele todos os processos de cuidado são estabelecidos, buscando proporcionar uma melhor qualidade de vida. **Dessa forma, garantir o cuidado significa trabalhar em rede, por isso a formulação da RAPS amplamente pactuada com a sociedade.**

Entendemos a Rede de Atenção Psicossocial, tal como instituída em 2011 por meio da Portaria GM/MS 3.088, como uma Rede cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os pontos de atenção devem estar inseridos desde a Atenção Básica em Saúde (AB), na atenção psicossocial estratégica, na atenção a urgência/emergência, na atenção residencial de caráter transitório, na atenção hospitalar, na estratégia da desinstitucionalização e na estratégia de reabilitação psicossocial.

O trabalho deve ser desenvolvido na perspectiva de Linha de Cuidado, cuja proposta é de atuação a partir da construção de fluxos assistenciais

seguros, pactuados entre os diferentes atores envolvidos com o cuidado e também os territórios de vida do usuário, buscando garantir o melhor e mais seguro caminho assistencial. Assim, os diferentes pontos de atenção da rede de saúde devem estar articulados entre si (Centros de Atenção Psicossociais, hospital geral, Unidades de Pronto Atendimento, centros de convivência, Unidades de Acolhimento (UA), Unidades Básicas de Saúde (UBS ou Equipes Multiprofissionais/ Unidades Especializadas), Estratégias de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório de Rua, equipes de redução de danos etc.), assim como com os demais pontos da intersectorialidade presentes em território (educação, assistência, esporte, cultura etc.).



Fonte: Portaria GM nº 3.088, de 23/12/2011.

Essa rede se conecta, em cada um de seus pontos, com outras políticas públicas: assistência social, educação, habitação, trabalho e emprego, direitos humanos, proteção e defesa civil, entre outras.

Essa articulação entre os diferentes setores é fundamental para garantir a implementação do conceito de saúde como acesso a direitos, conforme preconizado na Constituição de 1988. Para garantir essa articulação, é fundamental o estabelecimento de um Grupo Condutor da Saúde Mental (ou Grupo Condutor da RAPS), com um calendário de reuniões de rede sistemáticas que possa garantir um espaço de debate e pactuação das principais questões

da saúde mental, desobstruindo os fluxos de forma a garantir o cuidado. O importante é manter um espaço sistemático de pactuação e debate que seja resolutivo e com ampla participação. A configuração e os participantes do grupo dependem das características e do tamanho de cada território e região, assim como a quantidade de reuniões mensais será definida pela complexidade dos problemas enfrentados.

As ações conjuntas do grupo permitem um bom diagnóstico de rede, um mapeamento do que temos instalado, do que precisa ser implementado, e também o monitoramento e a avaliação de como estão ocorrendo os fluxos: quais os nós do sistema, identificação dos gargalos assistenciais e quais as potencialidades e habilidades das equipes presentes em território. Essa identificação é fundamental para pensar os processos de educação permanente e as ações de educação e comunicação em saúde que devemos desenvolver nos diferentes níveis de atenção.

Destacamos que uma articulação potente com a Atenção Primária em Saúde é estratégica para que o cuidado de saúde mental se realize em território. A AB é responsável pela resolutividade de cerca de 80%⁹ das necessidades de saúde de uma população adstrita, e tem ferramentas importantes que podem auxiliar a identificar as situações de adoecimento na população e incidir de forma bastante rápida e eficaz, trabalhando inclusive na prevenção e promoção em saúde. Um trabalho articulado com a AB possibilita não só conhecer melhor as dificuldades, mas também todas as possibilidades disponíveis no território. Por meio de visitas domiciliares conjuntas, da parceria no matriciamento realizado pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), na composição em ações assistenciais, bem como de diversas outras estratégias conjuntas demandadas pela própria micropolítica do cuidado, podemos desenhar e compartilhar um mapa precioso para auxiliar na construção do cuidado singularizado.

Para execução dessa tarefa em rede articulada com a intersectorialidade, é preciso pactuar a adoção de ferramentas, como, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como dispositivo de atenção em saúde mental a ser compartilhado entre os envolvidos com o cuidado. Nele, o desenho da proposta terapêutica deverá ser pactuado com o usuário e articulado com suas redes existenciais, ou seja, sua família, seu círculo de amigos, seu território.

Importante lembrar que o usuário ocupa a posição de protagonismo no seu próprio cuidado, participa ativamente da definição do seu plano

terapêutico e pode fazer de fato escolhas e negociar o formato de cuidado ofertado. Dessa maneira, não é o usuário que se molda à oferta do serviço, mas sim o serviço que se molda às necessidades do usuário. Isso significa assegurar o que está previsto na legislação nacional no que tange à política de saúde mental, garantindo o pleno exercício da cidadania e não somente o controle de sintomatologia. Mas também significa constituir um vínculo importante com o usuário de respeito, autonomia e de corresponsabilidade pelo seu tratamento, o que, além de facilitar a adesão, reflete em um melhor prognóstico.

No caso brasileiro, ainda vale destacar que existem espaços já constituídos na gestão para pactuação, como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Regional (CIR), nos quais as demandas do Grupo Condutor de Saúde Mental podem encontrar resolutividade para a implementação de novas políticas que se façam necessárias ao exercício do trabalho de recuperação da envergadura do problema que enfrentamos.

Porém, segundo Massuda¹⁰, no cenário atual brasileiro enfrentamos a pandemia com um SUS fragilizado e com menor resiliência. É preciso recompor o sistema, primeiramente voltando a garantir os investimentos financeiros ao setor saúde para voltar a fortalecer o SUS, retomando o crescimento e a expansão da rede instalada de serviços diversificados.

Outro ponto fundamental imposto pelo desafio deste momento da covid-19 diz respeito a enfrentar os problemas estruturais do sistema, criando uma governança regional com espaços de compartilhamento, regulação do acesso de serviços especializados, além de construir diretrizes que permitam aos entes públicos, nas três esferas de gestão, a utilização dos recursos disponíveis no setor privado quando a capacidade do SUS para o enfrentamento da crise for suplantada¹⁰.

É necessário retomar o paradigma de trabalho em rede e linha de cuidado à saúde mental e atenção psicossocial, mantendo o foco na atenção básica como ordenadora do cuidado e a única capaz de garantir a longitudinalidade do cuidado território, uma vez que é a mais capilarizada e próxima da área de moradia das pessoas. É preciso também retomar a Política de Atenção Básica com foco na estratégia de saúde da família como forma de garantir um trabalho de base comunitário e a retomada da Política Nacional de Saúde Mental com foco no cuidado em liberdade e na atenção psicossocial.

Ainda mais, a proposta de trabalho na lógica da Gestão Integral de Riscos e de Desastres (GIRD) pressupõe que o Gestor:



- Organize sua RAPS levando em conta essa noção de desastre como processo, que se relaciona com um tempo ordinário e um tempo extraordinário, aquele em que o desastre de fato ocorre; *
- Fomente a cultura do monitoramento e avaliação da RAPS, levando em conta a GIRD, as lacunas de assistência, os desafios do financiamento, as parcerias intersetoriais e intersecretariais;

• Compreenda a prevalência de transtornos mentais graves em tempos de desastres e emergências em saúde pública e em tempos ordinários - porém, durante e logo após emergências em saúde pública e desastres, é possível identificar maior prevalência de sintomas relacionados à ansiedade e depressão que, se cuidados, não gerarão maiores efeitos a médio e longo prazo¹; **



• Não renuncie aos princípios que ajudaram a formar o Sistema Único de Saúde e as políticas de Saúde Mental: o cuidado em liberdade, o cuidado na comunidade, o reconhecimento de que nem todo sofrimento emocional é sinônimo de patologia,^{***} o reforço do aspecto “social” do conceito de “psicossocial”, o trabalho em rede, que demanda o trabalho conjunto com outros atores de “fora” do setor saúde;

• Por conta disso, trabalhe de maneira intersetorial e interfederativa, pactuando processos e planos:

- de recuperação/reconstrução/reabilitação pós-desastres e emergências em saúde pública;
- de preparação e resposta para eventuais desastres e emergências em saúde pública;
- de prevenção e mitigação dos danos causados por um desastre ou emergência em saúde pública

* Ver Módulo 2

** Ver Módulo 3 e também: Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? 2005. Bulletin of WHO, 83 (1): 71-7 ; WHO/ UNHCR: Assessing mental health and psychosocial needs and resources. Toolkit for humanitarian settings. 2012

IASC, 2007. Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias. Disponível em: iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf (interagencystandingcommittee.org)

*** Ver Módulo 3

“Responder, reabilitar e reconstruir em desastres envolve não apenas olhar para ameaças e riscos diretos, mas também para processos que estruturam as condições de vida e trabalho, de modo a atuar neles em curto prazo com políticas sociais, ambientais, de habitação, renda, educação e tantas outras que são necessárias, assim como os processos de médio e longo prazo.”

Carlos Machado de Freitas (vídeo Módulo 1)

2.1 Conceitos que nos ajudam a pensar

Trabalhamos no campo da saúde mental e na atenção psicossocial específica a desastres e emergências em saúde pública com alguns conceitos que podem ser úteis aos gestores e trabalhadores da intersetorialidade nesse momento de reestruturação do cuidado. Vamos apresentar alguns deles:

Saúde Mental Coletiva (SMC): Processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida¹².

Redes de Atenção em Saúde (RASs): “Como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica, como os de APS, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000). Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos:

economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações”¹³.

Linha de cuidado: O desenho da linha de cuidado busca garantir o caminho assistencial seguro dos usuários, trabalhando de forma articulada, compreendendo que cada novo usuário que acessa o serviço implica um redesenho de rede para atender às demandas singulares que ele enuncia. Assim, a linha tem os componentes básicos dos quais parte para ofertar cuidado, mas também a plasticidade de desenhar novas modalidades de cuidado para as necessidades singulares de cada usuário.

Cuidado: “Cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos, em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, quais correlações estão estagnadas ou ameaçadas, enfim, o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento. Da mesma forma, devemos identificar que esferas ou relações propiciam mais movimento, estabilidade e coesão ao conjunto. Poderemos então elaborar estratégias de intervenção em algumas ou várias dessas esferas, dentro de uma sequência temporal, e buscando reintroduzir uma dinâmica de dissipação das forças entrópicas para reduzir o sofrimento e promover a retomada da vida. O esforço em realizar esse exercício com os usuários e os familiares pode se chamar de Projeto Terapêutico Singular.¹⁴” Dito de outra forma, **o cuidado aponta para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido mais global, tomando o usuário como pertencente a um determinado contexto sociocultural do qual não pode ser isolado.**

Algumas lições aprendidas durante o período mais intenso da pandemia ainda seguem valendo:

- Manter o uso das máscaras, em especial em lugares fechados, enquanto as recomendações sanitárias apontarem a necessidade em função de novas variantes circulando nos territórios;
- Lavar as mãos e manter a higiene dos ambientes;
- Usar álcool gel;
- Adotar protocolos de biossegurança nos serviços de saúde;
- Mesmo que o momento sanitário exija distanciamento físico, devemos manter boas relações socioafetivas;
- Vacinação para todos (salvo contraindicação médica), incluindo as doses de reforço;
- ESCUTAR! Incentivar o sujeito a narrar a sua história, o que está lhe acontecendo? Incentivar o sujeito a pensar saídas, a construir projetos. Ajudar o sujeito a acessar a rede de serviços (educação, SUAS, trabalho) e também suas redes de apoio;
- O trabalho deve ser coletivo e intersetorial.

3. Passos essenciais para a gestão deste momento da crise: reconstruindo o cuidado em território para a organização da estratégia de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.



Cada território, cada gestor, na macropolítica, e cada trabalhador, na micropolítica, deve se fazer as perguntas no campo da saúde mental:



- O que tem batido na porta dos nossos serviços? Pânico? Crises de ansiedade? Luto? Depressão? Melancolia? Problemas de sono? De alimentação? De emprego? De acesso e permanência na escola?

- Que setores foram mais afetados?

Em face dessas questões, pensar:

- Qual processo de cuidado podemos ofertar e como articular a intersetorialidade para produzir respostas conjuntas mais eficazes? *

* Ver Módulo 2

- Como posso ofertar apoio aos trabalhadores que gerencio, quais as possibilidades de adaptação dos processos de trabalho e das lógicas institucionais de modo a contribuir com a melhoria do ambiente de trabalho? **



Para tanto, precisamos saber quem somos, que tipo de saberes possuímos e o que precisamos agregar em nosso mosaico de cuidado, realizando um bom mapeamento de potencialidades e fragilidades, para então organizar o cuidado longitudinal articulado na intersectorialidade. Somente um trabalho conjunto entre todas as redes instaladas em território poderá produzir uma resposta robusta ao momento atual da sindemia. ***



Foram sugeridos dez pontos¹⁰ para enfrentar de forma organizada a pandemia da covid-19 por meio do uso de tecnologias do SUS, dos quais alguns seguem fazendo sentido para o período de reconstrução e recuperação que enfrentamos, além de dialogar diretamente com as estratégias e fases para o enfrentamento de situações de desastres:

- 1) Estabelecer uma estrutura de governança e coordenação da resposta à crise que, por intermédio do Gabinete de Gestão da Crise, monitore e coordene informações e avalie as ações e respostas.
- 2) Programar ações nas diferentes fases do processo da crise, prevendo cenários, identificando populações e áreas de maior vulnerabilidade e mantendo um mapeamento atualizado (de preferência em tempo real) da capacidade instalada do sistema, mantendo-o coeso para o enfrentamento na ação articulada dos diversos setores.
- 3) Buscar financiamento do sistema para produzir resposta à crise.
- 4) Gerenciar a informação e comunicação de risco, que envolve criar e fortalecer o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS), estabelecer rotinas de divulgação e informação, monitorar redes sociais por conta da divulgação de informações falsas e alarmistas e criar canais de comunicação direta com a população.

** Ver Módulo 6
*** Ver Módulo 5

- 5) Produzir informação de qualidade e manter uma comunicação clara e direta com a população é fundamental para retomar os vínculos de confiança com a gestão.
- 6) Gerenciar os profissionais de saúde, destacando a questão da segurança, o treinamento, a disponibilidade de EPIs, reposição de equipes e a necessidade de voluntários, assim como suporte em saúde mental para os cuidadores.
- 7) Garantir suporte, ofertar apoio e investir no fortalecimento dos processos de contratação e salários são medidas que tranquilizam o principal ativo que são os trabalhadores.
- 8) Promover ações coordenadas das RASs como forma de fazer um enfrentamento resolutivo da crise.
- 9) Tomar medidas para mitigar efeitos econômicos, sociais e psicológicos na população.
- 10) Promover estratégias de reparação a fim de evitar que práticas adoecedoras sigam em curso e mitigar os efeitos do vivido.

Além de implementar estratégias mais amplas de cuidado, é imprescindível investir em estratégias específicas como:

- Acolhimento, escuta, vínculo, autocuidado, reconhecimento do itinerário terapêutico buscado pelo usuário e sua família.
- Trabalhar em rede e de forma multiprofissional envolvendo a intersectorialidade no projeto de cuidado.
- Considerar os saberes advindos das pessoas na construção de resposta aos problemas, como os saberes tradicionais, os saberes ditos comunitários, incorporando as respostas formuladas pelos usuários aos nossos saberes técnicos.

Nossa função inicial no setor saúde, logo que acolhemos um usuário ou família que chega ao serviço, é estabilizar e reduzir o estado de estresse agudo e também construir formas de mitigar o surgimento de algum agravamento. Retomar estratégias e ferramentas de cuidado (autocuidado) que já tenham funcionado para aquela pessoa em outro momento legitima o percurso desenhado pelo próprio indivíduo. Boa parte das pessoas, quando escutadas e sentindo que possuem rede de apoio, consegue enfrentar a situação. Ainda assim, são esperadas reações emocionais neste momento de incertezas

frente ao futuro, tais como: medo, alteração do sono, do apetite, irritabilidade, desorientação frente a esse momento de pandemia. Se essas reações não encontram amparo, podem piorar e gerar um adoecimento.

Nossa função principal na saúde **é acompanhar e oferecer apoio à pessoa para que ela possa compreender, elaborar o vivido e fazer a travessia do problema sentindo-se amparada, acompanhada**. Para isso, apresentamos um bom cardápio de ofertas de cuidado, modelado de acordo com as necessidades e possibilidades da pessoa e sua família. O luto precisa ser vivido e elaborado, não devendo ser medicalizado. Chorar, ficar triste são reações humanas esperadas e necessárias ao sujeito. Podemos utilizar recursos simples, como exercícios que auxiliem na redução do nível de estresse agudo para estabilizar o sujeito na perspectiva de que ele retome seu processo de vida. Ofertar informações básicas, concretas e confiáveis para atravessar esse momento também constitui uma estratégia importante. Devemos apostar na capacidade do sujeito de se reinventar, auxiliando-o a levar a cabo projetos viáveis de retomada do curso da vida, dentro daquilo que ele entende como normalizado. Voltar a apostar na construção de projetos de vida que permitam às pessoas o exercício de sua cidadania.

O campo da saúde mental e dos desastres e emergências em saúde pública nos oferta importantes ferramentas e conceitos que podem nos ajudar neste momento de reconstrução, recuperação e reabilitação de nossas comunidades:

- **Gestão da crise** - Montar uma Sala de Situação. Não perder a função de gestor/cuidador e a dimensão de acolhimento necessário à atenção à crise.
- **Grupo Condutor** da crise com funções bem definidas, com reuniões sistemáticas, para avaliar e pactuar ações.
- **Planejamento Estratégico** - Quem faz o que? Como? Quando? Onde? Conhecer as redes locais, os pontos fortes e os que precisam ser trabalhados. Mapear as redes. Ativar os recursos do território. O planejamento deve ser construído nas fases de prevenção e preparação, sendo executado em todas as fases da gestão de risco.
- Quem é a **força de trabalho** local? Quem são os voluntários? Como construir o trabalho conjunto? Definir os **fluxos do cuidado** entre os atores envolvidos no cuidado.

- Trabalho em equipe **multiprofissional** e **intersetorial**. A saúde mental é fundamentalmente relacional, dessa forma ações articuladas entre os diferentes atores da rede ajudam efetivamente no bom prognóstico dos casos trabalhados.
- **Comunicação** entre as equipes deve ser clara e objetiva. Definir as formas de comunicação: boletim diário, notas, reunião, etc., e também uma equipe responsável por essa tarefa. Adotar uma ferramenta comum entre todos pode ser uma boa opção.
- Diálogo com a **mídia** - definir quem fala com a mídia e como fala (boletim, ao vivo, reunião) e qual a forma desse contato. A mídia desempenha uma importante tarefa de manter informada a população.
- Desenhar e garantir ações de **educação permanente** para as equipes da intersetorialidade, para que possam juntas construir processos de cuidado conectados com as necessidades do território.
- Importância de pactuar a **forma de registro do processo**, com relatórios, boletins escritos, forma de registro nos serviços, uso de ferramentas já existentes (RAAS, E-SUS, etc.). Valorizar o que já se utiliza no campo. Em saúde mental, normalmente adota-se o PTS, então essa pode ser uma boa opção.
- Organização de **protocolos/diretrizes técnicas** para o cuidado.
- Criatividade e utilização de **recursos tecnológicos**, como Telessaúde, mas sem nunca deixar de apostar nas tecnologias leves do cuidado⁸.
- Para os trabalhadores: garantir o suporte, o apoio, a informação segura e espaços de EP. Disponibilizar apoio em saúde mental **on-line** para os trabalhadores, ou apoio matricial presencial, assim como acesso à escuta especializada, se for o caso. Garantir também **condições para que os trabalhadores** possam seguir trabalhando. Estratégias de acolhimento, **suporte e apoio**.
- Dentro da estrutura do SUS, o equipamento com maior possibilidade de garantir o acompanhamento longitudinal é a **Atenção Primária**. É possível planejar e executar ações de médio e longo prazo nos territórios, garantindo o apoio por meio do cuidado vivo em ato.
- Garantir que ações de **identificação de populações vulneráveis** possam ser acompanhadas pelas equipes locais utilizando as tecnologias próprias da ESF, ou seja, a visita domiciliar, a educação em saúde, a produção de informação e comunicação em saúde, o trabalho de sala de espera, a realização de grupos, o

trabalho com a intersetorialidade mediante ações como o Programa de Saúde na Escola (PSE), do cuidado pactuado na reunião de rede com o SUAS, do trabalho conjunto com a vigilância etc.

- Trabalhar com o **território** para potencializar espaços duradouros de produção de vida e de cuidado de si e do outro.
- **Protagonismo** dos usuários – ex.: criação da associação de familiares e sobreviventes da Boate Kiss.
- **Apoio institucional** - para garantir o cuidado longitudinal. As figuras do apoiador de rede e do matriciador, por exemplo, podem ajudar a manter o trabalho articulado.
- É preciso **estabelecer um plano** para cada fase do desastre: prevenção, preparação, resposta, reconstrução/recuperação e reabilitação. A saúde mental e a atenção psicossocial precisam estar contidas em cada um desses planos, mesmo que a operacionalização deles não seja especificamente da esfera da saúde mental.

Em saúde mental, o termo “**crise**” normalmente alude a algo que irrompe em momentos de intenso sofrimento. Evidentemente essa crise não é sentida apenas pelo sujeito, mas também vivida por sua família e seu círculo de apoio social. Nossa sociedade tem a tendência de patologizar e circunscrever o problema como algo da ordem individual da pessoa, quando realmente o que acontece é que a crise eclode quando da relação do sujeito com o social, quando da necessidade do sujeito de produzir respostas às exigências sociais cada vez mais duras em nossa sociedade de controle e produção, na qual o individualismo impera. Se entendermos a crise como uma tentativa do sujeito de produzir respostas, de elaborar algo para comunicar-se com o meio, talvez possamos apreender algo da crise que é da ordem da transformação.

Estratégias fundamentais para a fase da reconstrução e recuperação pós-emergências e desastres

- Montar um núcleo de gestão – com cronograma de encontros sistemáticos e presença de atores da intersetorialidade.
- Montar equipes de apoio de acordo com as demandas que o evento implica – que possam ofertar apoio matricial no campo dos desastres, como a figura do apoiador de rede.

- Dar-se conta (ou então dar a entender ao outro) que a Gestão Integral de Riscos e de Desastres envolve escolhas do gestor que nem sempre são “simples” ou certeiras: optar pela prevenção muitas vezes significa que, caso “nada” aconteça, essa escolha poderá ser entendida como desnecessária, assim como quando ocorre de fato um desastre o gestor pode ser tomado como irresponsável por não ter previsto ou prevenido aquele evento (que nem sempre é possível de ser previsto).
- Dar contorno a uma tarefa necessariamente coletiva, porque todos somos afetados em um desastre, sem perder a dimensão de singularidade de cada pessoa.
- Aproximar os trabalhadores da rede da temática dos desastres, articulando conceitos e metodologias de cuidado com a proposta do SUS.

Em relação aos usuários, lembrar que:

- A nossa imunidade se alimenta de afeto.
- Ajudar as pessoas a compreender e elaborar o vivido, fornecendo um bom cardápio de ofertas nos diferentes serviços.
- Investir e estimular ações compartilhadas de cuidado.
- Manter/desenvolver/alterar planos e projetos de vida.
- Manter ativa a rede socioafetiva, ainda que virtualmente.

“Precisamos passar de uma gestão de desastres reativa, aquela que responde aos problemas a partir do momento em que eles são visíveis a uma gestão de risco prospectiva: estruturando políticas sociais, ambientais, educação, defesa civil e saneamento e muitas outras que atuam na prevenção de riscos de desastres.”

“E também estruturar melhor os sistemas que atuam diretamente na resposta a desastres e emergências, no sentido de que possam atuar desde o primeiro momento de forma intersetorial, articulada, integrada e sistêmica.”

“O setor saúde, junto a saúde mental e atenção psicossocial, tem muito o que fazer junto com diversos setores para reduzir as exposições, adoecimentos, agravamentos das populações em seus territórios.”

“Em síntese, considerando que as emergências em saúde pública continuarão a ocorrer, cabe ao sistema de saúde estar preparado para a próxima epidemia, pandemia e desastres, ou mesmo a sobreposição desses eventos. A Gestão Integral de Riscos e Desastres é uma função essencial da saúde pública, de modo que devemos trabalhar para a organização intrasetorial, articulação intersetorial e ampla participação da sociedade civil e das comunidades tendo como base os princípios do SUS.”

“Reconstruir as redes de atenção psicossocial, apoiar a identificação e reorganização de processos de trabalho de gestores do SUS, trabalhadores da saúde, assistência social, habitação e outras políticas públicas constitui um passo fundamental para uma Gestão Integral e Integrada de Riscos, Desastres e Emergências em saúde.”

Carlos Machado de Freitas (vídeo Módulo 1)

Referências Bibliográficas

- ¹ KRENAK, A. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- ² BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2014. (Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde 2). Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Desastres%20e%20Saude%20Brasil.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Guia de Preparação e Respostas do Setor Saúde aos Desastres**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, 2018. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/adbdf1fb1bd20e237ab67233e3f0a4cfe67a267c.PDF>. Acesso em: 8 jun. 2022.
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância

Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

⁵ UNITED NATIONS. World Humanitarian Summit. **Commitment to action**. Istanbul: United Nations, 2016. Disponível em: https://agendaforhumanity.org/sites/default/files/resources/2017/Jul/WHS_commitment_to_Action_8September2016.pdf. Acesso em: 7 jun. 2022.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Psychosocial First Aid**: Guide for field workers. Geneva: WHO Press, 2011a.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Gap Intervention Guide**: for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: WHO Press, 2011b.

⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030**. Geneva: WHO Press, 2021.

⁶ TAUSCH, A. et al. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *The Lancet Regional Health – Americas*, v. 5, 100118, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001149?via%3Dihub>. Acesso em: 9 jun. 2022.

⁷ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Alma Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 9 jun. 2022.

⁸ MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

⁹ FERRO, R. Salud Mental y Poder: Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. **Revista de Salud Pública**, v. 14, n. 2, pp. 47-62, dec. 2010.

¹⁰ MASSUDA, A. et al. Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. Nota Técnica n. 6. **IEPS**, São Paulo, 2020.

¹¹ VAN OMMEREN, M.; SAXENA, S.; SARACENO, B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? **Bulletin of WHO**, v. 83, n. 1, pp. 71-77, 2005.

¹¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES. **Assessing mental health and psychosocial needs and resources**: toolkit for humanitarian settings. Geneve: WHO Press, 2012.

¹¹ INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. Geneve: IASC, 2007. Disponível em: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf. Acesso em: 9 jun. 2022.

¹² FAGUNDES, S. M. S. **Águas da pedagogia da implicação**: intercessões da educação para políticas públicas de saúde. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

¹³ MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Opas, 2011.

¹⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 34).

Bibliografia Complementar

CABRAL, K. V. et al. Atenção psicossocial às vítimas e familiares do incêndio da boate Kiss: dobraduras de um processo compartilhado de gestão de cuidado em saúde. In: MAFACIOLI, G. et al. (orgs.). **A integração do cuidado diante do incêndio na boate Kiss**: testemunhos e reflexões. Curitiba: CRV, 2016.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Painel Nacional: Covid-19. **Conass**, 2022. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>. Acesso em: 9 jun. 2022.

ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ - FIOCRUZ BRASÍLIA. **Atualização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19**: cartilhas. Brasília: EGF Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/atualizacao-saude-mental-psicossocial-covid19/#>. Acesso em: 8 jun. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

Ficha Técnica

© 2022. Escola de Governo Fiocruz - Fiocruz Brasília.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra. Deve ser citada a fonte e é vedada sua utilização comercial.

Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na covid-19: Reconstrução pós desastres e emergências em saúde pública. Coordenação-Geral de Maria Fabiana Damásio Passos. Brasília: [Curso na modalidade a distância]. Escola de Governo Fiocruz Brasília, 2022.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Nísia Trindade Lima

Presidente

Gerência Regional de Brasília (Gereb)

Maria Fabiana Damásio Passos

Diretora

Escola de Governo Fiocruz Brasília

Luciana Sepúlveda

Diretora Executiva

Apoio: Este curso foi desenvolvido sob coordenação da Escola de Governo Fiocruz, do Núcleo de Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres e Emergências em Saúde Pública (NUSMAPS/Fiocruz) e do Núcleo de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (NUSMAD/Fiocruz) em parceria com o Cento de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (CEPEDES/Fiocruz) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Escola de Governo Fiocruz - Brasília

Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A CEP: 70.904-130 - Brasília – DF / Telefone: (61) 3329-4550.

Coordenação do Curso

Maria Fabiana Damásio Passos
Débora da Silva Noal
Ana Cecília Andrade Moraes Weintraub
Carlos Machado de Freitas
André Vinicius Pires Guerrero

Moderação

Nicolly Papacidero Magrin
Sara da Silva Meneses
Lara Gonçalves Coelho

Apoio Técnico

Lara Gonçalves Coelho
Sara da Silva Meneses
Mariana Neves Gonçalves de Souza
June Correa Borges Scafuto
Jaqueline Tavares de Assis
Cintya Gonçalves
Sandra Maria Sales Fagundes

Revisão Técnico-Científica

Débora da Silva Noal
Ana Cecília Moraes Weintraub
André Vinicius Pires Guerrero
Sandra Maria Sales Fagundes
Adriana Silveira Cogo
Bernardo Dolabella Melo
Camila Pinheiro Medeiros
Carolyne César Lima
Ionara Vieira Moura Rabelo
Lara Gonçalves Coelho
Maíra Lopes Mazoto
Mariana Neves Gonçalves de Souza
Milene Tramansoli Resende
Sara da Silva Meneses
Sonia Regina Pereira Fernandes
Verônica Erthal

PRODUÇÃO

Núcleo de Educação a Distância da EGF - Brasília

Coordenação

Maria Rezende

Supervisão de Produção

Erick Guilhon

Revisão Textual

Erick Guilhon

Design Gráfico

Thalisson Cruz
Adriana Marinho

Produção Multimídia/Audiovisual

Márlon Lima

Lives

Pedro Magalhães

Desenvolvimento

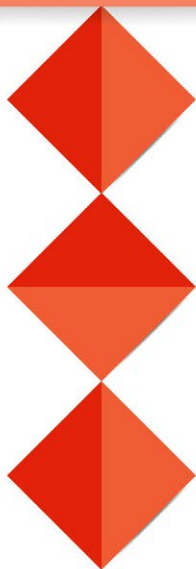
Bruno Costa
Rafael Henriques
Trevor Furtado
Thiago Xavier
Gabriel Nascimento

Supervisão de Oferta

Meirirene Moslaves

Suporte Técnico

Dionete Sabate



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

PARCERIA

