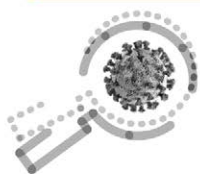


RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA COVID-19

Organizadores
Débora da Silva Noal,
Maria Fabiana Damasio Passos
e Carlos Machado de Freitas



*Você pode muito.
Com informação,
pode ainda mais.*



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Copyright © 2020 dos autores Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz. Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

REALIZAÇÃO:

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola de Governo Fiocruz Brasília

Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A

CEP: 70.904-130 - Brasília - DF

ORGANIZAÇÃO:

Débora da Silva Noal - CEPEDES/FIOCRUZ

Maria Fabiana Damásio Passos - FIOCRUZ-Brasília

Carlos Machado de Freitas - CEPEDES/FIOCRUZ

AUTORES:

Adolfo Pizzinato - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Adriana Silveira Cogo - Instituto Maria Helena Franco de Psicologia

Alexandra Augusta Margarida Maria Roma Sanchez - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Alexandre Teixeira Trino - Universidade Federal Fluminense UFF/ Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP-FIOCRUZ

Aline Cardoso Siqueira - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Aline Monteiro Garcia - Universidade Estácio de Sá - DEGASE-RJ

Ana Cecília Andrade de Moraes Weintraub - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Ana Claudia Quintana Arantes - Casa Cuidar

Ana Lígia Gomes - Secretaria de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (SEDEST/DF)

Ana Lúcia Pontes - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)

Analuiza Camozzato - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)/ Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul (SSMA)

Andrea dos Santos Silva - Hospital Estadual de Doenças Tropicais UHT/HAA

Andreia Lohane Resende Simplicio - Observatório de Saúde da População Negra (NESP)/ Universidade de Brasília (UnB)

Andressa Carvalho Castelli - Universidade de São Paulo

Ângela Helena Marin - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Anne Caroline Luz Grudtner da Silva - Ministério da Saúde (MS)

Aramita Prates Greff - Observatório Nacional de Justiça Socioambiental Luciano Mendes de Almeida (OLMA)

Bárbara Costa Andrada - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ)

Beatriz Schmidt - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Bernardo Dolabella Melo - CEPEDES/FIOCRUZ

Bianca Sordi Stock - Fundadora e Diretora da Vinculum Consultoria e Psicoterapia

Bianca Totene Viqueci - Conselho Municipal de Assistência Social de Mogi Guaçu - São Paulo (CMAS-SP)

Brena Costa de Almeida - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Bruno Fernandes Borginho - Hospital Estadual de Doenças Tropicais UHT/HAA

Camila Pinheiro Medeiros - Museu Nacional / Universidade Federal do Rio de Janeiro

Camila Santos Paiva - Centro de Reabilitação e Readaptação Henrique Santillo, CRER

Carina Maria Batista Machado - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Carla Biancha Angelucci - Universidade de São Paulo (USP)

Carolina Sampaio Vaz - Secretaria de Saúde do DF (SES/DF)

Carolynne Cesar Lima - Universidade de Ghent

Cecília Barbosa - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Claudia Leite de Moraes - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Claudia Mascarenhas Fernandes - Universidade Jorge Amado (UNIJORGE)

Cristiane Batista Andrade - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Cristiane Benjamin Santos - Universidade de São Paulo (USP)/Centro Universitário de Brasília (Uniceub)

Cristina Ventura - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Dalia Elena Romero Montilla - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Daniel Groisman - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Daphne Rodrigues Pereira - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (FIOCRUZ/RJ)

Débora da Silva Noal - CEPEDES/FIOCRUZ

Denize Nogueira - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Dyana Souza - Universidade de Brasília (UnB)

Edilaine Santos Vieira (Nita Tuxá) - Instituto Insikiran de Formação Superior Indígena da UFRF, INSIKIRAN./Universidade Federal de Roraima (UFRF)

Edinílza Ramos de Souza - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Elaine G. R. Alves - Universidade de São Paulo (USP)

Elionaldo Fernandes Julião - Universidade Federal Fluminense (UFF)

Elis Regina Cornejo - Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio (VAPPS)/ INTEGRA - Núcleo Brasileiro de Desenvolvimento Humano (NBDH)

Ellen Mariane Alves Coleraus - Coordenação de Proteção Social Básica da Superintendência de Serviços Socioassistenciais / Setasc-MT

Erika P. Motoyama - Prefeitura Municipal de Santos

Fabiane Vick - Secretaria Especial de Saude Indígena (SESAI), Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Fernanda Bottari Lobão dos Santos - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Fernanda Mendes Lages Ribeiro - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ) / Universidade Federal do Rio de Janeiro UFRJ - Laureate International Universities

Fernanda Serpeloni - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (FIOCRUZ/RJ)/ Bolsista de Pós-doutorado FAPERJ Nota-10

Fernando Damazio dos Santos - Lund University

Gabriel Inticher Binkowski - Universidade de São Paulo

Gabriella Pessoa - Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio (VAPPS)

Gilson Mafacioli - Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Guilherme Augusto Pires Gomes - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Hebe Signorini Gonçalves - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Hélio Gomes da Rocha Neto - Secretaria Municipal de Saúde de Santos - São Paulo

Ilana Katz - Universidade de São Paulo (USP)

Ilana Mountian - Universidade de São Paulo

Iolete Ribeiro da Silva - Universidade Federal do Amazonas (UFAM)

Ionara Vieira Moura Rabelo - Universidade Federal de Goiás / Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia / Médicos Sem Fronteiras

Isabel Rodrigues - Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (FIOCRUZ/RJ)

James Ferreira Moura Jr - Universidade Federal do Ceará (UFC)/Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Joice Pacheco - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/ Prefeitura Municipal de Joinville

Jorge Samuel Dias Lima - Secretaria de Saúde do DF (SES/DF)

Joviana Quintes Avanci - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Julia Bartsch - Universidade de São Paulo/ Médicos Sem Fronteiras (MSF)

Juliana Crespo Lopes - Universidade de Brasília (UNB)

Juliana Fernandes Kabad - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (FIOCRUZ/RJ)

Kalil Maihub Manara - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Karen Athié - Global Mental Health Peer Network

Karen Scavacini - Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio (VAPPS)/Instituto Gestalt de São Paulo (IGSP)

Károl Veiga Cabral - Universidade Federal do Pará (UFPA)

Kathie Njaine - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Layla Raquel Silva Gomes - Universidade de São Paulo (USP)

Leticia Masson - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto - Portugal (FPCEUP)

Lorrany Rodrigues - Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Luciana Cavanellas - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Luciana França Cescon - Prefeitura Municipal de Santos - São Paulo

Luciana Simas - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Luiz Felipe B. Lacerda - Observatório Nacional de Justiça Socioambiental Luciano Mendes de Almeida (OLMA)/Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)/Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Lygia Zamali Fernandes - Centro de Formação Popular Vida e Juventude/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)/Secretaria da Administração Penitenciária (SAP)

Marcello Rezende - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)

Marcelo Pedra Martins Machado - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/DF)

Márcio Mariath Belloc - Universidade Federal do Pará (UFPA)

Maria Aparecida Affonso Moysés - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Maria Fabiana Damásio Passos - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/DF)

Maria Goretti Maciel - Centro Universitário São Camilo (CUSC)/ Instituto Paliar/ Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, IAMSPE

Maria Helena Pereira Franco - Pontifícia Universidade Católica (PUC/SP)

Maria Isabel Abelson - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Maria Livia Tourinho Moretto - Universidade de São Paulo (USP)

Mariana F Cacciacarro - Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Mariana Rosa - Coletivo Helen Keller

Marta Montenegro - Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC/FIOCRUZ)

Martinho Braga Batista e Silva - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Mauricio Hirata - Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Michele Rocha El Kadri - Fundação Oswaldo Cruz - Amazônia (FIOCRUZ/AM)

Michele Souza e Souza - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/ Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (FIOCRUZ/RJ)

Milene Tramansoli Resende - Ministério da Saúde (MS)

Miriam Schenker - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)/Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Nicolly Papacidero Magrin - Universidade de Brasília (UnB)/ CEPEDES/FIOCRUZ

Nilson Sibemberg - Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (RS)/ Associação Psicanalítica de Porto Alegre, APPOA

Orli Carvalho da Silva Filho - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)

Patrícia Almeida - Movimento Down

Patrícia Constantino - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)

Ramiro Gonzalez - Universidade de São Paulo (USP)

Ricardo Lugon Arantes - Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS

Rozana Fonseca - Blog Psicologia na SUAS

Sandra Maria Sales Fagundes - Universidade Nacional de Córdoba - Argentina, (UNC)/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)/Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Rio Grande do Sul (CAU/RS)

Sara da Silva Menezes - Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Silvana Dal Ponte - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Simone dos Santos Paludo - Universidade Federal do Rio Grande (FURG)

Simone Gonçalves Assis - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)

Sônia Gertner - Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro (FIOCRUZ/RJ)

Stella Gomes Alves dos Santos - Universidade de Brasília (UnB)

Suane Pastoriza Faraj - Universidade Federal de Santa Maria, (UFSM). Entidade Palotina de Educação e Cultura (EPEC)

Suely Ferreira Deslandes - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)

Tarsila Flores - Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) / Universidade Candido Mendes (UCAM Brasil) / Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT)

Valeska Maria Zanella de Loyola - Universidade de Brasília (UNB)

Vera Lucia Marques da Silva - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/RJ)

Vilma Diuana de Castro - Fundação de Apoio à Escola Técnica do Estado do Rio de Janeiro, FAETEC

Volnei Antônio Dassoler - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

COLABORAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA:

Gabriela Fernandes Chaves Lira - Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)/Universidade de Brasília (UnB)

Marina Thuane Melo da Silva - Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)

Matheus da Silva Gonçalves - Universidade de Brasília (UnB)

Nicolly Papacidero Magrin - Universidade de Brasília (UnB) / CEPEDS/FIOCRUZ

REVISÃO ORTOGRÁFICA: **Cristiane Benjamin Santos**

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO: **Adriana Marinho** (Pólem Comunicação)

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

R311r Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19 / organizado por Débora da Silva Noal, Maria Fabiana Damasio Passos e Carlos Machado de Freitas. - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.
342 p.

ISBN: 978-65-87063-01-0
Inclui Bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Serviços de Saúde Mental. 3. Gestão em Saúde.
4. Infecções por Coronavírus. 5. Psicofármacos – uso terapêutico.
6. Quarentena. 7. Cuidados Paliativos. 8. Violência Doméstica.
9. Suicídio. 10. Luto. 11. Atenção Psicossocial. I. Noal, Débora da Silva (Org.). II. Passos, Maria Fabiana Damasio (Org.). III. Freitas, Carlos Machado de (Org.). IV. Título.

CDD - 23.ed. – 362.2

Fundação Oswaldo Cruz

Escola de Governo Fiocruz Brasília

Avenida L3 Norte, s/n, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A

CEP: 70.904-130 - Brasília - DF

SUMÁRIO

Abreviações	08
Apresentação	11
Introdução	14
Gestão e organização dos serviços e dos cuidados em saúde	
Recomendações Gerais	20
Recomendações para Gestores	28
Cuidados para os Profissionais de Saúde	39
Recomendações aos Psicólogos para o Atendimento On-line	54
Orientações aos(às) Psicólogos(as) Hospitalares	66
Prescrição e Uso de Psicofármacos	85
Cuidados Paliativos	99
Isolamento, distanciamento e impactos psicossociais: Riscos e agravos em saúde mental	
A Quarentena na COVID-19: Orientações e Estratégias de Cuidado	112
Violência Doméstica e Familiar na COVID-19	123
Suicídio	142
Processo de Luto no Contexto da COVID-19	163
As especificidades do cuidado nos ciclos de vida	
Cuidados com Crianças	172
Recomendações para Crianças em Situação de Isolamento Hospitalar	189
Recomendações aos trabalhadores e Cuidadores de Idosos	194

O cuidado a populações socialmente vulneráveis

Recomendações para os Consultórios na Rua e a Rede de	
Serviços que Atuam junto com a População em Situação de Rua	204
COVID-19 e População Privada de Liberdade	224
Pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e	
apátridas	242
Povos Indígenas no Contexto da COVID-19	252

Proteção social na pandemia

SUAS na COVID-19: Proteção Social a Grupos Vulnerabilizados	266
Trabalhadoras/es e Gestoras/es do Sistema de Assistência Social	
(SUAS) para Ações na Pandemia COVID-19	305

Equipe	334
---------------------	-----

ABREVIATÖES

AIS	Agentes Indígenas de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADÚnico	Cadastro Único
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASAI	Casas de Saúde Indígena
CEPEDES	Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde
CEREST	Centro de Referência Técnica em Saúde do Trabalhador
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNCD/LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CR	Consultório na Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CVV	Centro de Valorização da Vida
DEAM	Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher
DSEIs	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
eCR	Equipes de Consultório na Rua
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPC	Equipamentos de Proteção Coletiva

EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IASC	Inter Agency Standing Committee (Comitê Permanente Interagências)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LA	Liberdade Assistida
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo e outras variantes.
LEP	Lei de Execução Penal
Libras	Língua Brasileira de Sinais
MPT	Ministério Público do Trabalho
MS	Ministério da Saúde
Nasf AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOIS	Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde
NUPDEC	Núcleos Comunitários de Proteção e Defesa Civil
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PCP	Primeiros Cuidados Psicológicos
PICS	Práticas Integrativas Complementares
PIEVF	Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar
PSB	Proteção Social Básica

PSC	Prestação de Serviços à Comunidade
PSR	Pessoa em Situação de Rua
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNAISARI	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PSE	Proteção Social Especial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SEAS	Serviço Especializado em Abordagem Social
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena.
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SAT	Seguro Acidente de Trabalho.
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SMAPS	Saúde Mental e Atenção Psicossocial
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIVA	Vigilâncias de Violências e Acidentes

APRESENTAÇÃO

No mesmo ano de celebração de seus 120 anos, a Fundação Oswaldo Cruz vem mobilizando toda a sua experiência, infraestrutura, recursos e conhecimentos para o enfrentamento de uma das maiores crises sanitárias desde a pandemia por influenza H1N1 entre 1918-1920.

Os principais eixos das iniciativas da Fiocruz para o enfrentamento da Pandemia COVID-19 envolveram o apoio diagnóstico, pesquisa e produção, atenção à saúde, informação e comunicação, apoio as populações vulnerabilizadas e educação.

O livro ***“Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19”*** integra estas iniciativas da Fiocruz e representa o compromisso da instituição com os temas da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica por meio de suas produções e propostas relacionadas ao necessário fortalecimento das ações de saúde mental e atenção psicossocial no SUS e SUAS.

Embora situado no eixo informação e comunicação, reuniu recomendações e orientações envolvendo desde a organização da atenção à saúde até os relacionados às populações em situação de vulnerabilidade relacionadas aos ciclos de vida ou vulnerabilizadas por processos sociais, como povos indígenas, populações em situações de rua, populações privadas de liberdade, pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas. Toda a produção reunida neste livro também serviu de base e material didático para uma iniciativa no eixo educação, o ***“Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19 - EAD”***, que contou com mais de 69 mil alunos inscritos.

No eixo informação e comunicação foram várias iniciativas, como o *Observatório Fiocruz COVID-19 – Informação para a Ação, a Rede*

CoVida - Ciência, Informação e Solidariedade e o MonitoraCovid-19, constituídos a sistematização e análises de dados combinadas com sínteses de evidências para produzir notas técnicas e relatórios. Soma-se a estas iniciativas várias outras envolvendo a produção de materiais de orientação e guias (como os reunidos neste livro), além da comunicação com grande mídia e comunicação pública.

No eixo atenção à saúde, além do apoio à atenção primária na região de Manguinhos, tivemos também a Centro Hospitalar COVID-19, com oferta de leitos de terapia intensiva no Rio de Janeiro e tornando-se um Legado para o SUS no tratamento de doenças infecciosas.

No eixo apoio às populações vulnerabilizadas a Fiocruz realizou uma chamada pública para projetos de organizações populares da sociedade civil, a Fiocruz lançou uma chamada pública de apoio a projetos envolvendo ações emergenciais junto a populações vulneráveis, visando o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Além desta chamada pública, o apoio às populações indígenas, em favelas e no sistema prisional também devem ser destacadas. Por fim, *Se Liga no Corona* é uma campanha que combina comunicação com foco a prevenção ao novo Coronavírus e apoio às populações em condições de vida e habitação em situação de vulnerabilidade socioambiental.

No eixo educação vem sendo realizadas diversas iniciativas para formar profissionais do SUS, o que envolve ampliar a oferta de cursos na modalidade EAD. Ao mesmo tempo estão sendo desenvolvidas atividades para readequar as atividades educacionais da Fiocruz.

Além destes eixos, outros dois foram também de grande importância nas iniciativas da Fiocruz.

No que se relaciona ao apoio diagnóstico as diversas iniciativas envolveram a oferta de testes moleculares, plataformas de exames, capacitação de laboratórios e designação do Laboratório de Vírus

Respiratórios e do Sarampo (IOC) como laboratório de referência pela OMS para COVID-19 nas Américas.

No âmbito da pesquisa e produção, dentre as várias iniciativas destacam-se o *Inova COVID-19*, com financiamento de 143 projetos voltados para geração do conhecimento, ideias e produtos, bem como a participação da Fiocruz coordenando o ensaio clínico *Solidarity*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem como objetivo investigar a eficácia de quatro tratamentos para a COVID-19. Destaca-se, também, o acordo sobre a transferência de tecnologia e produção de 100 milhões de doses da vacina Oxford-AstraZeneca contra a COVID-19.

O livro ***“Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19”*** deve ser contextualizado neste conjunto de iniciativas para responder a pandemia por COVID-19, integrando a missão da Fiocruz de produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nísia Trindade Lima

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

INTRODUÇÃO

Ao longo da elaboração de todo o material que compõe o conjunto deste volume de “Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19” o Brasil tornou-se o segundo país com maior número de casos e óbitos na pandemia. Se os riscos do vírus Sars-Cov-2 e os efeitos da doença COVID-19 já são por si só temas importantes e que demandam um conjunto de ações de Saúde Pública, os impactos da pandemia vão além dos diretamente relacionados ao vírus e à doença, estando entre estes os relacionados à saúde mental e atenção psicossocial.

Para os serviços de saúde e os profissionais que atuam nos temas relacionados à saúde mental e atenção psicossocial os impactos da pandemia representam um triplo desafio. O primeiro é o de prevenir o aumento dos impactos na saúde mental relacionados à redução do bem-estar psicossocial provocado pelos efeitos sanitários, sociais e econômicos que vem atingindo toda a população durante pandemia, sendo que alguns grupos populacionais vem vivenciando isto de modo mais agudo. O segundo é o de proteger as pessoas com doenças mentais da COVID-19 e seus impactos associados, que podem resultar no aumento de sua vulnerabilidade. O terceiro é prover os cuidados necessários aos profissionais de saúde e cuidadores de modo a protegê-los também e permitir que possam salvaguardar e cuidar dos outros (Campion e col. 2020)

Foi com o objetivo de enfrentar estes três desafios e de fornecer respostas rápidas aos serviços e profissionais de saúde que estruturamos o Grupo de Trabalho voluntário e colaborativo em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (GT-SMAPS) no contexto da COVID-19, envolvendo o Centro Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Cepedes/Fiocruz), o Programa de Pós-

Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (PPG-SP/Ensp/Fiocruz) e Fundação Oswaldo Cruz de Brasília (Fiocruz Brasília).

O GT-SMAPS foi criado no dia 21 de março de 2020, um dia após o decreto legislativo reconhecendo estado de calamidade pública no país. Foi conduzido por um núcleo permanente de nove pesquisadores do campo da saúde mental entre psicólogos, psiquiatras e cientistas sociais: três pós-doutorandas e três doutorandas do PPG-SP/Ensp/Fiocruz, um mestre vinculado à Cruz Vermelha Brasileira (Minas Gerais), uma mestranda em Saúde Global (Ghent University) e uma bolsista de iniciação científica (Universidade de Brasília). Além do Cepedes, PPG-SP e Fiocruz Brasília, o grupo contou com o suporte institucional necessário para a realização das suas atividades, por meio dos recursos humanos e de plataformas digitais da Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

Como as recomendações e orientações deveriam ser baseadas em conhecimentos científicos, buscou-se, no primeiro momento, reunir evidências atualizadas da literatura científica sobre o impacto na saúde mental das populações afetadas pela Covid-19 e emergências sanitárias anteriores por coronavírus, como SARS e MERS, o que descrevemos com mais detalhes no artigo “A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na Covid-19” (Kabad e col., 2020)

Considerando a complexidade da pandemia e a multiplicidade dos processos e impactos envolvidos, optou-se por direcionar os esforços para a elaboração de recomendações e orientações focadas em temas. Assim, para além do trabalho inicial e voluntário do grupo inicial, foram envolvidos ao longo do processo de elaboração e revisão mais 117 profissionais convidados, vinculados a 25 instituições brasileiras e estrangeiras, escolhidos por sua produção e experiência no tema, criando uma rede ampliada de trabalho voluntário e colaborativo

envolvendo diversas instituições e atores. Pelo menos um membro permanente do GT ficava com a responsabilidade de liderar a produção de uma ou mais cartilhas temáticas e de articular a participação dos colaboradores externos.

Esse processo de produção em rede, voluntário e colaborativo, resultou em 20 publicações reunidas aqui em um único volume e agrupadas em 5 grupos temáticos.

O primeiro grupo reuniu as recomendações e orientações para a organização dos serviços de saúde e estratégias dos cuidados em saúde. Assim foram produzidos materiais para os gestores e os profissionais de saúde; para os psicólogos que tiveram ampliado vertiginosamente o trabalho remoto e o atendimento online, assim como para os que trabalham em hospitais; desde os necessários cuidados envolvendo a prescrição e uso de psicofármacos até os cuidados paliativos.

O segundo grupo reuniu as recomendações e orientações envolvendo os temas relacionados ao isolamento, ao distanciamento social e aos impactos psicossociais. Se o distanciamento físico e a quarentena constituíram importantes medidas de prevenção em relação à COVID-19, ao mesmo tempo trouxeram simultaneamente riscos e agravos em saúde mental. Assim, temas como a quarentena, a violência doméstica e familiar, o suicídio e o processo de luto no contexto da COVID-19 fizeram parte deste grupo que abordou as diversas face do sofrimento.

O terceiro grupo de recomendações e orientações teve como foco o cuidado nos ciclos de vida com foco principalmente nas crianças, incluindo as que se encontram em situação de isolamento hospitalar, e os idosos, através dos trabalhadores e cuidadores.

Sem pretender esgotar o conjunto de grupos e populações vulneráveis, o quarto grupo de recomendações e orientações foi dedicado ao cuidado a populações socialmente vulneráveis. Povos indígenas, populações em situações de rua e privadas de liberdade junto com

pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas constituíram as populações vulneráveis abordadas.

Por fim, o último grupo de recomendações e orientações teve como foco a proteção social a grupos vulnerabilizados, incluindo trabalhadores e gestores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para ações na pandemia.

O conjunto de recomendações e orientações reunidas aqui em um único volume foram sendo disponibilizadas a medida que iam sendo produzidas, por meio de uma plataforma virtual, com acesso livre e gratuito (<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/coronavirus/saude-mental-em-tempos-de-coronavirus/>). A disseminação do material contou com estratégias envolvendo a comunicação social da Fiocruz, além de webinars, palestras e entrevistas na imprensa, que potencializaram a ampla disseminação dos materiais também nas redes sociais (Instagram e Facebook). Passaram a ser indicadas como referência em websites de várias instituições. Também serviram de base para a estruturação e oferta do “Curso Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19 - EAD”, lançado em 12 de maio e que contou com mais de 69 mil alunos inscritos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a saúde mental como parte da resposta emergencial da saúde pública no manejo da COVID-19. Esperamos que este livro, que reúne parte de todo o trabalho do GT-SMAPS com o objetivo fornecer respostas rápidas aos serviços de saúde para enfrentamento do triplo desafio e mitigação dos danos psicológicos em massa no enfrentamento da pandemia, contribua para ampliar e intensificar a organização dos serviços e dos cuidados em saúde mental e atenção psicossocial no contexto da COVID-19, assim como nas situações que possam envolver outras emergências em saúde pública e desastres futuros.

***Carlos Machado de Freitas
Débora da Silva Noal
Maria Fabiana Damasio Passos***

Referências Bibliográficas

Campion J, Javed A, Sartorius N, Marmot M. Addressing the public mental health challenge of COVID-19. Lancet Psychiatry 2020; 7:657-9

Kabad JF et al. A experiência do trabalho voluntário e colaborativo em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. Cad. Saúde Pública 2020; 36(9): 1-7

World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DOS CUIDADOS EM SAÚDE





RECOMENDAÇÕES GERAIS

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Bernardo Dolabella Melo, Daphne Rodrigues Pereira,
Débora da Silva Noal, Fernanda Serpeloni,
Juliana Fernandes Kabad, Michele Kadri,
Michele Souza e Souza e Ionara Vieira Moura Rabelo*

Durante uma pandemia é esperado que as pessoas estejam frequentemente em estado de alerta, preocupadas, confusas, estressadas e com sensação de falta de controle diante das incertezas do momento. Estima-se que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico para as reações e sintomas manifestados.

Os fatores que influenciam o impacto psicossocial estão relacionados à magnitude da epidemia e ao grau de vulnerabilidade em que a pessoa se encontra no momento. Entretanto, é importante destacar que nem todos os problemas psicológicos e sociais apresentados poderão ser qualificados como doenças; a maioria será classificada como reações normais diante de uma situação anormal.

A pandemia COVID-19 impacta os seres humanos de maneiras específicas, visto suas características:

- Desconfiança do processo de gestão e de coordenação dos protocolos de biossegurança;
- Necessidade de se adaptar aos novos protocolos de biossegurança;
- Falta de equipamentos de proteção individual em algumas estruturas sanitárias;
- Risco de ser infectado e infectar outras pessoas;
- Sintomas comuns de outros problemas (febre, por exemplo) podem ser confundidos com a COVID-19;
- Preocupações com a perda de referência de cuidado e trocas sociais das crianças, isto é, limitações à convivência nas escolas, distanciamento da rede socioafetiva: avós, amigos, vizinhos, etc.;
- Risco de agravamento da saúde mental e física de crianças, pessoas com deficiência ou idosos que tenham sido separados de seus pais ou cuidadores devido à quarentena;
- Alteração dos fluxos de locomoção e deslocamento social.

REAÇÕES MAIS FREQUENTES:

Nesse contexto, são observadas reações das pessoas decorrentes, geralmente, de medo, tais como:

- Adoecer e morrer;
- Perder pessoas estimadas;
- Perder os meios de subsistência ou não poder trabalhar durante o isolamento e ser demitido;
- Ser excluído socialmente por estar associado à doença;
- Ser separado de entes queridos e de cuidadores devido ao regime de quarentena;
- Não receber um suporte financeiro;
- Transmitir o vírus a outras pessoas.

É esperada também que as pessoas vivenciem sensações recorrentes de:

- impotência;
- irritabilidade;
- angústia;
- tristeza.

Em caso de isolamento, podem-se intensificar os sentimentos de desamparo, tédio, solidão e tristeza.

Entre as reações comportamentais mais comuns estão:

- Alterações ou distúrbios de apetite (falta de apetite ou apetite em excesso);
- Alterações ou distúrbios do sono (insônia, dificuldade para dormir ou sono em excesso, pesadelos recorrentes);
- Conflitos interpessoais (com familiares, equipes de trabalho...);

- Violência. É preciso atentar na violência doméstica e na direcionada aos profissionais de saúde;
- Pensamentos recorrentes sobre a pandemia;
- Pensamentos recorrentes sobre a saúde dos familiares;
- Pensamentos recorrentes relacionados à morte e ao morrer.

EM SITUAÇÕES DE PANDEMIA, RECOMENDAM-SE AS SEGUINTE ESTRATÉGIAS:

- Reconhecer e acolher os próprios receios e medos, procurando pessoas de confiança para conversar;
- Retomar estratégias e ferramentas de cuidado empregadas em momentos de crise ou sofrimento e ações que trouxeram sensação de maior estabilidade emocional;
- Investir em exercícios e ações que auxiliem na redução do nível de estresse agudo (meditação, leitura, exercícios de respiração, entre outros mecanismos para situar o pensamento no momento presente), estimular a retomada de experiências e habilidades usadas em tempos difíceis do passado para gerenciar emoções durante a pandemia;
- Ao trabalhar durante a pandemia, observar as necessidades básicas; garantir pausas sistemáticas durante o trabalho (se possível em um local calmo e relaxante) e entre os turnos;
- Em caso de estigma por receio de contágio, compreender a causa como fruto do medo e do estresse causado pela pandemia, não como questão pessoal. Convém dialogar com colegas de trabalho e supervisores que possam compartilhar das mesmas dificuldades, buscando soluções coparticipadas;

- Investir e estimular ações compartilhadas de cuidado, evocando a sensação de pertença social (como as ações solidárias e de cuidado familiar e comunitário);
- Reenquadrar os planos e estratégias de vida, para seguir produzindo metas de forma adaptada às condições associadas à pandemia;
- Manter ativa a rede socioafetiva, estabelecendo contato, mesmo que virtual, com familiares, amigos e colegas;
- Evitar o uso de tabaco, álcool ou outras drogas para lidar com as emoções;
- Buscar um profissional de saúde quando as estratégias utilizadas não estiverem sendo suficientes para a própria estabilização emocional;
- Buscar fontes confiáveis de informação, como o site da Organização Mundial da Saúde;
- Reduzir o tempo que passa acompanhando as coberturas midiáticas;
- Compartilhar as ações e estratégias de cuidado e solidariedade, a fim de aumentar a sensação de pertença e conforto social;
- Estimular o espírito solidário e incentivar a participação da comunidade.

Caso as estratégias recomendadas não sejam suficientes para o processo de estabilização emocional, convém buscar auxílio de um profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) para receber orientações específicas.

Alguns critérios para determinar se uma reação psicossocial considerada esperada está se tornando sintomática e precisará ser encaminhada são:

- Sintomas persistentes;
- Sofrimento intenso;
- Complicações associadas (por exemplo, conduta suicida);
- Comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano;

- Dificuldades profundas na vida familiar, social ou no trabalho;
- Risco de complicações, em especial, o suicídio;
- Problemas coexistentes, como alcoolismo ou outras dependências;
- Depressão maior, psicose e transtorno por estresse pós-traumático são quadros graves que requerem atenção especializada.

Os transtornos psíquicos imediatos mais frequentes são os episódios depressivos e as reações de estresse agudo de tipo transitório. O risco de surgimento desses transtornos aumenta de acordo com as características das perdas e outros fatores de vulnerabilidade.

Entre os efeitos tardios mais recorrentes estão:

- Luto patológico;
- Depressão;
- Transtornos de adaptação;
- Manifestações de estresse pós-traumático;
- Abuso do álcool ou outras substâncias que causam dependência e transtornos psicossomáticos.

Também os padrões de sofrimento prolongado se manifestam como tristeza, medo generalizado e ansiedade expressos corporalmente – sintomas que podem vir a desencadear uma patologia a médio ou a longo prazo, caso não seja realizada uma intervenção qualificada. No que concerne à SMAPS na COVID-19 é essencial:

- Lembrar que as ações de cuidado, particularmente na primeira fase da pandemia, auxiliam a não cronificar as reações e sintomas considerados “normais” em uma situação “anormal”;
- Compreender que os cuidados SMAPS precisam ser compartilhados pelos diferentes campos do cuidado, como a medicina, enfermagem...;
- Não medicalizar o cuidado, tampouco tratá-lo como caso psiquiátrico;

- Quem está oferecendo a ajuda psicológica deve desenvolver um sentido de escuta responsável, cuidadosa e paciente. Os membros das equipes de resposta devem explorar suas próprias concepções e preocupações sobre a morte e não devem impor sua visão aos que estão ajudando.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, C. et al. **Orientações para o cuidado e autocuidado em saúde mental para os trabalhadores da FIOCRUZ:** diante da pandemia da doença pelos SARS-COV-2 (COVID-19). [S.l.]: FIOCRUZ, 2020. Disponível em : http://www.iff.fiocruz.br/ARQUIVOS/GUIA_AUTOCUIDADO.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CORONAVÍRUS:** COVID-19. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Mental Health and Coping.** 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/coping.html>. Acesso em: 13 ago. 2020

CHEN, Qiongni et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, Philadelphia, USA, v. 7, n. 4, p. 15-16, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext). Acesso em: 13 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak:** Version 1.1. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHPSS%20COVID19%20Briefing%20Note%20FINAL_ver%201.1%20-%202%20March%202020-LORES.pdf Acesso em: 13 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias.** Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

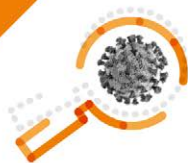
LI, Z. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, behavior, and immunity**, New York, USA, v. 88, 2020. p. 916-919 Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303093?via%3Dihub>. Acesso em: 12 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. Serviços

de Saúde. (OPAS/OMS). **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. 2006. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situacoes-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Unidade de Saúde Mental, de Abuso de Substâncias e Reabilitação (THS/MH). Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). 2006 **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situacoes-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.



RECOMENDAÇÕES PARA GESTORES

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Bernardo Dolabella Melo, Daphne Rodrigues Pereira,
Débora da Silva Noal, Fernanda Serpeloni,
Juliana Fernandes Kabad, Michele Souza e Souza
e Ionara Vieira Moura Rabelo*

Uma pandemia, como a COVID-19, implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar, inclusive, que a população total do país sofre um impacto psicossocial em diferentes níveis de intensidade e gravidade. Ainda que a maior parte dos problemas psicossociais sejam considerados reações e sintomas normais para uma situação anormal, estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à pandemia.

Para estruturar um plano de cuidado amplo, recomenda-se a inclusão de ações em níveis de apoio complementares integrados, como na imagem abaixo, representada pela pirâmide de intervenções do IASC (ver Figura 1), variando desde estratégias amplas de intervenção com a população em geral, até a garantia de cuidados especializados para pessoas em severas condições.

Figura 1: Pirâmide de Intervenções em saúde mental e apoio psicossocial



Grupo de Referência IASC sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias (17/03/20)

Considerando essas premissas, é fundamental a organização de estratégias de acordo com as fases da pandemia. Nesse sentido, propõe-se o esquema abaixo, para auxiliar na compreensão das demandas e estratégias de intervenção conforme as fases “antes”, “durante” e “depois” da pandemia. No quadro há sugestões de cuidado, levando-se em consideração os possíveis impactos na população - coluna esquerda - e as recomendações aos gestores para ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) - coluna direita:

Fases da pandemia e os impactos na população	Recomendações aos Gestores para Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS)
ANTES	
• Sensação de inevitabilidade com alto grau de tensão na população; • Supervalorização ou subvalorização (negação) da possível pandemia; • Características humanas preexistentes são potencializadas (positivas e negativas); • Ansiedade, tensão, insegurança e vigilância obsessiva dos sintomas da doença.	• Informações educativas sobre formas de contágio, com ênfase para os grupos vulneráveis, do ponto de vista psicossocial; • Recrutamento e capacitação de equipes com experiência em atenção psicossocial e saúde mental; • Capacitação de equipes e profissionais de saúde em SMAPS; • Preparação de grupos de apoio emocional e psicológico com apoio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs); • Identificação dos grupos vulneráveis do ponto de vista psicossocial; • Proteção preventiva para toda a população: distanciamento social, isolamento social voluntário ou quarentena, caso seja necessário; • Mapeamento das Instituições e dos atores sociais para disponibilizar atenção psicossocial em rede; • Estímulo à solidariedade e incentivo à participação da comunidade;

	• Organização da rede de atenção psicossocial adaptada à pandemia; • Formação de equipes para dar suporte aos profissionais e pacientes, com o componente SMAPS; • Coordenação interinstitucional; criação de redes de trabalho.
DURANTE	
• Medo, sentimentos de solidão e vulnerabilidade; • Estado de letargia ou agitação desordenada; • Condutas extremas e supervalorizadas que podem oscilar entre: heroicas ou mesquinhas; violentas ou passivas; solidárias ou egoístas; • Adaptação a mudanças nos padrões habituais de vida: restrições de movimentos, uso de máscaras, redução nos contatos físicos diretos, fechamento de escolas, igrejas, cultos, etc.;	• Sensibilização e informação sobre a SMAPS durante a pandemia COVID-19; • Avaliação rápida das necessidades psicossociais da população; • Apoio às ações fundamentais de detecção precoce, notificação, atenção, controle da propagação e identificação dos sofrimentos psicossociais agudos mais recorrentes; • Informação e orientação sobre: o que está ocorrendo, ações desenvolvidas e o que as pessoas devem fazer; • Garantia das necessidades básicas para o enfrentamento da pandemia, como: renda básica, alimentação, condições adequadas de moradia, acesso à água, saneamento e itens de higiene e limpeza; • Muito importante que os gestores transmitam: organização, segurança, confiança, apoio e ânimo; • Manutenção dos serviços públicos essenciais para a atenção, cuidado, promoção da dignidade e garantia de subsistência;

• Crises emocionais e de pânico, reações coletivas de agitação, descompensação de transtornos psíquicos preexistentes, transtornos psicossomáticos; • Aumento da violência doméstica e tentativas de suicídio; • Dificuldade na elaboração do luto; • Sobrecarga de trabalho para trabalhadoras, mães, cuidadoras de idosos; • Estigmatização de pessoas suspeitas e confirmadas para COVID-19; • Estigmatização das equipes de saúde.	• Apoio e atenção psicossocial <i>on-line</i> ou presencial, considerando a urgência e os regulamentos de biossegurança, de acordo com os diferentes grupos e demandas; • Promover mecanismos de cuidado entre pares, suas redes socioafetivas e suporte comunitário; • Favorecer a construção de redes solidárias; • Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) oferecido por todos os profissionais da linha de frente ao cuidado, em especial, às famílias afetadas diretamente; • Assegurar a continuidade dos pacientes já acompanhados pela Rede de Atenção Psicossocial antes da ocorrência da pandemia; • Acolhimento e garantia de atenção psicossocial para situações emergenciais, como: crise psicótica, tentativa suicídio, entre outras; • Serviços especializados voltados para o cuidado específico de pessoas infectadas, como garantia da presença de psicólogos nos hospitais de referência à COVID-19; • Garantia de monitoramento do risco psicológico de pacientes suspeitos ou confirmados que estejam em isolamento domiciliar; • Garantia de apoio psicossocial em rede para funerais seguros e cuidado das famílias em luto; • Promover cuidados psicossociais e de saúde mental para equipes de resposta.
---	--

DEPOIS

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Medo de uma nova pandemia; • Comportamentos agressivos e de protesto contra autoridades e instituições; • Quando a primeira fase da pandemia não recebe um suporte adequado, pode-se encontrar um grande número de pessoas com: depressão, lutos patológicos, estresse pós-traumático, consumo excessivo de álcool e de outras drogas, comportamento violento, entre outros; • Começa um processo lento e progressivo de recuperação; • Dificuldade em retomar rotinas e atividades laborais; • Reenquadramento dos projetos de vida. | <ul style="list-style-type: none"> • Investir em estratégias qualificadas de comunicação social que favoreça a recuperação; • Capacitação e supervisão para as equipes que trabalham na fase de recuperação; • Implementação das ações específicas SMAPS na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte de um plano de recuperação psicossocial de médio prazo (6 meses, no mínimo); • Atenção à saúde mental dos membros das equipes que trabalharam na linha de frente da fase de resposta, particularmente àqueles que trabalharam junto aos casos mais graves; • Fortalecer as ações e projetos sociais que promovam a vida; • Consolidar a coordenação interinstitucional e a participação comunitária na tomada de decisões; • Monitorar e avaliar experiências e as lições aprendidas. |
|--|---|

Em um primeiro momento, recomenda-se utilizar técnicas dos Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP) com toda a população e com os profissionais da saúde que estiverem atuando na linha de frente. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados. Além disso, é fundamental dispor de serviços de atenção psicossocial e saúde mental (*on-line* ou presencial) nos Centros de Atenção Psicossocial e outros dispositivos da rede onde os

usuários já estejam sendo cuidados e também que estejam aptos para acolher novas situações de crise, criando-se dispositivos de atenção para os familiares e acompanhantes.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE RESPOSTA SMAPS PARA A PANDEMIA COVID-19:

- O plano não deve se centrar apenas no impacto traumático da COVID-19, deve ser amplo e dimensionar a população e suas formas solidárias e participativas de enfrentamento, utilizando-se de estratégias adaptadas nas esferas sociais e culturais, bem como, religiosas e artísticas variadas, de modo que contemple diferentes demandas;
- Definir objetivos sobre bases realistas e concretas. Um objetivo fundamental é de caráter preventivo (diminuir as probabilidades de sofrer danos psicossociais);
- Definir ações (curto, médio e longo prazo) com base nos objetivos traçados. Em todas as ações, definir claramente os responsáveis, os executores e as datas para o cumprimento;
- A intervenção psicossocial deve ser precoce, rápida e eficiente - quanto mais rápidas são implantadas as ações SMAPS, menor é o impacto psicopatológico em médio e longo prazo.
- As metodologias de trabalho devem ser ágeis, simples, concretas e adaptáveis às características étnicas e culturais;
- Em um primeiro momento, é necessário a avaliação rápida das necessidades psicossociais e das situações de maior vulnerabilidade, que sirva de base às atuações em sua fase inicial;
- Criar condições para o desenvolvimento de funerais e ritos de passagem culturalmente aceitos que garantam a biossegurança, mas que permitam que práticas culturais sejam realizadas, a fim de mitigar os impactos de um possível luto patológico;

- Estabelecer alianças e conseguir a participação dos diversos atores sociais;
- Flexibilidade. A dinâmica psicossocial em emergências deste caráter é muito variável, razão pela qual todo plano deve ser extremamente flexível;
- Sustentabilidade das ações a médio e longo prazo, buscando-se, como consequência destas ações, o fortalecimento dos serviços existentes e melhoria da atenção psicossocial do país.

LINHAS DE AÇÃO

- Diagnóstico rápido das necessidades psicossociais da população;
- Formação breve e específica para SMAPS na COVID-19 para que todos os trabalhadores de saúde da linha de frente (não apenas psicólogos) sejam capazes de oferecer os primeiros cuidados psicológicos (PCP);
- Atenção clínica especializada direta a pessoas que apresentam demandas mais complexas, ou que já tenham histórico de distúrbios, transtornos e adoecimentos psicopatológicos anteriores à pandemia;
- Atenção priorizada a grupos de maior risco;
- Ações de promoção e educação para a SMAPS;
- Participação da sociedade nas estratégias;
- Comunicação social;
- Coordenação intersetorial.

CUIDADO A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O contexto de pandemia requer maior atenção ao trabalhador de saúde: ele está mais sujeito a ter sua saúde mental afetada; seja por situações vivenciadas direta ou indiretamente. É recorrente, entre os profissionais, o aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas lícitas ou ilícitas,

sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família.

Os familiares dos profissionais de saúde também estão mais propensos a apresentarem sofrimento psíquico durante a pandemia.

Gerenciar o estresse e bem-estar psicossocial é tão importante neste momento, quanto cuidar da saúde física. Assim, manter a equipe protegida contra estresse crônico e problemas de saúde mental significa que ela terá uma melhor capacidade para desempenhar suas funções.

RECOMENDAÇÕES:

- Fazer, de forma regular, um acompanhamento relativo ao bem-estar da equipe com a qual trabalha, deixando cada membro à vontade para dialogar sobre seu próprio estado mental e sua própria capacidade de trabalho. Não responsabilizar individualmente o profissional que não estiver conseguindo lidar com a situação – fato comum neste contexto;
- É fundamental que os trabalhadores confiem em seus gestores. Conhecimento sobre a doença e treinamento sobre o uso adequado do EPI é premissa para a estabilidade emocional da equipe;
- Garantir comunicação de boa qualidade e atualizações precisas das informações pode ajudar a atenuar as preocupações com as incertezas que os trabalhadores têm e ajuda a proporcionar uma sensação de controle. Realizar reuniões periódicas com a equipe, propiciando espaço para que todos os membros possam comentar questões que venham a surgir;
- Se possível, alternar os trabalhadores entre atividades de alta e baixa tensão;
- Os trabalhos devem ser realizados em turnos definidos, com descanso regular. Monitorar pessoalmente ou delegar a alguém esta função, para que os tempos de descanso sejam respeitados;
- Avaliar diferentes vínculos dos profissionais de saúde para monitorar se os descansos entre diferentes vínculos estão sendo cumpridos;

- Reconhecer cada esforço feito e estimular o incentivo mútuo entre os profissionais;
- Cuidar para que existam espaços adequados para alimentação, descanso e água potável disponível para os trabalhadores;
- Mapear e divulgar ações de cuidado em saúde mental disponíveis para os trabalhadores, por exemplo: suporte psicológico *on-line*, equipes de saúde mental que possam atendê-los e/ou atuar junto aos profissionais de saúde *in loco* com os pacientes e núcleos de saúde do trabalhador.

Referências Bibliográficas

BARBOSA, C. et al. **Orientações para o cuidado e autocuidado em saúde mental para os trabalhadores da FIOCRUZ:** diante da pandemia da doença pelos SARS-COV-2 (COVID-19). [S.l]: FIOCRUZ, 2020. Disponível em : http://www.iff.fiocruz.br/ARQUIVOS/GUIA_AUTOCUIDADO.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CORONAVÍRUS:** COVID-19. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>. Acesso em 13 ago. 2020.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Mental Health and Coping.** 2020. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/coping.html>. Acesso em: 13 ago. 2020

CHEN, Qiongni et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, Philadelphia, USA, v. 7, n. 4, p. 15-16, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext). Acesso em: 13 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak:** Version 1.1. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/MHPSS%20COVID19%20Briefing%20Note%20FINAL_ver%201.1%20-%202%20March%202020-LORES.pdf Acesso em 13 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias.** Tradução de Márcio Gagliato. Genebra: IASC, 2007.

LI, Z. et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of

medical teams aiding in COVID-19 control. **Brain, behavior, and immunity**, New York, USA, v. 88, 2020. p. 916-919 Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0889159120303093?via%3Dihub>. Acesso em: 12 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Unidade de Saúde Mental, de Abuso de Substâncias e Reabilitação (THS/MH). Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). 2006 **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). 2006 **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.



CUIDADOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Ana Cecília Andrade de Moraes Weintraub,
Anne Caroline Luz Grudtner da Silva,
Bernardo Dolabella Melo, Carolyne Cesar Lima, Cecília Barbosa,
Daphne Rodrigues Pereira, Débora da Silva Noal, Denize Nogueira,
Fernanda Serpeloni, Leticia Masson, Ionara Vieira Moura Rabelo,
Luciana Cavanellas, Marcello Rezende, Marta Montenegro,
Michele El Kadri, Michele Souza e Souza, Milene Tramansoli Resende,
Nicolly Papacidero Magrin e Sônia Gertner*

Enquanto todos os dias reforçam-se os apelos para que pessoas fiquem em casa, os trabalhadores dos serviços de saúde preparam-se para fazer exatamente o oposto. Emergencialmente, respiradores podem ser produzidos, equipamentos de proteção individual (EPIs) podem ser fabricados, leitos organizados. Mas profissionais de saúde não são formados na mesma velocidade, tampouco se pode dispor dos mesmos por tempo integral (THE LANCET, 2020). Trabalhadores e trabalhadoras da saúde são os recursos mais preciosos a serem preservados e a receber suporte durante e pós-pandemia.

Os impactos na saúde mental decorrentes de tão elevado nível de estresse durante eventos epidêmicos podem comprometer a atenção e a capacidade de decisão dos trabalhadores, o que afeta não somente a luta contra a COVID-19, mas também pode ter um efeito duradouro no bem-estar geral dos profissionais para além do período do surto (KANG et al., 2020). Além do risco da infecção, os profissionais enfrentam decisões muito difíceis na triagem dos pacientes e escolhas terapêuticas, experimentam processo de luto derivado das perdas sucessivas de pacientes e colegas. Ademais, receiam a possibilidade de transmitir a doença para familiares.

A Organização das Nações Unidas (2020) adverte que garantir a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde é um fator crítico nas ações de preparação, resposta e recuperação da COVID-19. Assim, é preciso orientar esses trabalhadores, apresentar-lhes informações que promovam o autocuidado, mesmo no contexto de tão grave estresse. Isso, englobando aqueles que atuam na assistência direta – como fisioterapeutas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, psicólogos – mas também os que atuam no suporte – vigilância, conservação, administração, pesquisadores e mesmo serviço funerário.

POR QUE CUIDAR DA SAÚDE MENTAL?

Serviços de saúde devem garantir ações de proteção e biossegurança aos trabalhadores independentemente da categoria e vínculo institucional, além da organização e condições de trabalho adequadas. Por outro lado, os trabalhadores, igualmente, têm responsabilidade de adotar medidas de autocuidado, inclusive quanto à própria saúde mental.

Saúde Mental refere-se à autonomia que cada pessoa tem para decidir e tomar os rumos da própria vida, levando em consideração a capacidade de reação ante os acontecimentos, bons e ruins, experienciados. Ter uma boa “saúde mental” é poder sentir as emoções e conseguir elaborá-las e relacioná-las ao conjunto de vivências, transformando e sendo transformados pelos eventos da vida.

Ainda existe muita desinformação ou mesmo discriminação ao se falar sobre saúde mental. O sofrimento psicológico, com frequência, é visto como uma fraqueza, algo que a pessoa teria condições de resolver, mas não o faz. Manter a saúde mental diante da elevada carga de estresse que todos estão passando diante da pandemia, somadas às demandas de trabalho de enfrentamento da COVID-19, não é tarefa simples. Embora todos os profissionais estejam, a princípio, submetidos às mesmas condições de trabalho, a experiência é vivenciada de modo singular para cada um.

Nem todos aqueles que trabalham no enfrentamento à COVID-19 vão adoecer psiquicamente. Mas, se o estresse crônico estiver afetando o bem-estar e, de algum modo, prejudicando o desempenho das funções atribuídas a esses profissionais, um serviço especializado de saúde mental pode ajudá-los no reequilíbrio emocional.

O sofrimento psíquico não é doença, logo, cabe avaliar com muito cuidado a necessidade de medicalizar alguns sinais esperados perante situações extremas. O sofrimento não deve ser negado, tampouco

patologizado. Estudos em outros países apontaram que os enfermeiros mostraram excitabilidade, irritabilidade, falta de vontade de descansar e sinais de sofrimento psicológico, mas recusaram qualquer ajuda psicológica e declararam que não tinham problemas (CHEN et al., 2020).

Assim, incentivar a construção de redes de apoio entre colegas, a família ou comunidade, mesmo que por meio do uso de ferramentas digitais, é um importante recurso para o bem-estar emocional. Outra questão importante é estar atento a algumas crenças que podem prejudicar o autocuidado: “Todos vão se contaminar de qualquer jeito”; “não tenho doença crônica, se eu for contaminado, não terei complicações”, “que eu pegue logo enquanto tem respirador disponível”; “usar EPI me impede de trabalhar direito”; “eu poderia ter feito mais pelo paciente” são afirmações que podem afetar o julgamento mais acertado quanto à conduta terapêutica com pacientes e de cuidado com si próprio.

Por outro lado, o trabalho em uma situação de pandemia pode também ser visto como gratificante quando os envolvidos sentem que estão contribuindo com algo bom e importante. Isso melhora a autoestima e promove a valorização da vida, um fenômeno que tem sido chamado de crescimento pós-traumático (BROOKS et al., 2020). A maioria dos indivíduos recupera-se de uma experiência dita traumática sem apresentar sintomas psicopatológicos (DEVILLY; WRIGHT, 2003), mas é preciso reconhecer quais são as reações esperadas, quais os sinais de alerta e a frequência que eles aparecem para saber o momento de pedir ajuda.

SINAIS DE ALERTA

A vivência de uma situação incerta como a de uma pandemia produz ansiedade, medo e perturbações comportamentais, o que é perfeitamente esperado. Com base na experiência que todos estão vivendo, estratégias de cuidado têm sido aprimoradas e habilidades

de resiliência têm sido desenvolvidas. No plano coletivo existem ações de redução do impacto psicossocial que podem ser causados por pandemias, tornando o sistema de saúde também mais resiliente.

Sinais comuns em trabalhadores de saúde durante a COVID-19 são: irritabilidade, insônia ou sonolência incomum, falta de apetite ou fome fora do comum, baixa concentração, desânimo ou aceleração, fraqueza/baixa energia, dificuldade para relaxar ou ficar rememorando os acontecimentos do dia no período de descanso, dores no corpo persistentes (ex. dor de cabeça, no estômago, alergias cutâneas), tremores sem explicação, inquietação e desesperança.

A presença desses sinais é esperada, mas a frequência, a persistência e a intensidade deles podem requerer atenção, especialmente, se em alguma medida, prejudicam a qualidade de vida do trabalhador e/ou interferem negativamente na execução das suas tarefas diárias.

O suporte social e estratégias coletivas de enfrentamento podem ser considerados como fator de proteção para os trabalhadores expostos à intensa sobrecarga de trabalho. Já a exposição ocupacional constante a eventos adversos pode influenciar negativamente a saúde mental. (LIMA; ASSUNÇÃO, 2011)

Ao se constatar algum colega de trabalho ou familiar que atue na área saúde com dificuldades em lidar com a situação, é fundamental incentivá-lo a buscar ajuda, seja com profissionais da atenção psicossocial, líderes comunitários, religiosos ou mesmo dentro da própria equipe. Ressalta-se a importância de reconhecer os limites e pedir ajuda quando necessário.

CUIDADOS PSICOLÓGICOS

Toda pessoa tem forças e habilidades para lidar com os desafios da vida. Há situações que causam grande estresse e angústia, mas que, ao serem expressas em palavras escritas ou faladas, promovem uma

sensação de alívio, como se um balão desinflasse dentro do peito. Para isso, é importante o exercício de identificação das estratégias usadas no passado que poderiam ser úteis no momento presente.

Capacitações sobre psicoeducação, manejo do estresse, construção de momentos de escuta e cuidados coletivos durante os plantões são essenciais para o fortalecimento da equipe e da sensação de cuidado para com trabalhadores. Uma das estratégias possíveis para capacitação dos entes envolvidos é intitulada “Primeiros Cuidados Psicológicos” – PCP (OMS, 2015), que deve preferencialmente ser objeto de capacitação antes de um evento excepcional tal como o que estamos vivendo, mas que, caso não tenha sido possível, pode ser estudado e aplicado durante a gestão da crise.

Caso a rede de suporte pessoal não esteja disponível ou as estratégias usadas não sejam suficientes para estabilização emocional, convém procurar por um profissional de saúde mental ou de apoio psicossocial para obtenção de direcionamentos específicos. Ele pode compartilhar estratégias para resolução ou alívio das situações que causam sofrimento, pois dispõe de ferramentas e técnicas que podem ajudar na organização dos sentimentos, por vezes difusos e confusos.

Outra abordagem oportuna nesse contexto é o Acolhimento Psicológico. Essa modalidade não se trata de uma psicoterapia (não haverá várias sessões), mas sim de uma intervenção pontual e imediata com objetivo de deter processo agudo de sofrimento psíquico e de manifestações sintomáticas que podem estar afetando negativamente a rotina de vida. Pode ser ofertada de forma presencial ou remota.

Em proporção menor, há casos que exigirão Assistência Psicoterápica com acompanhamento regular. Algumas instituições oferecem esse tipo de assistência ao trabalhador no próprio local em que ele atua ou remotamente.

Com o agravamento da COVID-19 no país diversas universidades, conselhos profissionais, Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde e

rede de profissionais independentes organizaram-se para oferecer gratuitamente algum tipo de apoio na modalidade *on-line* através de aplicativos próprios ou via *WhatsApp*, *Skype* ou similares que podem ser acessados em qualquer lugar do país. Assim, convém saber nos locais de atuação como acessá-los e os números para contatos.

Reconhecer a necessidade de ajuda não deve gerar culpa, uma vez que sentimentos associados ao estresse ou à ansiedade não são, de modo algum, reflexo da incapacidade de fazer o trabalho, tampouco sinal de fraqueza (KADRI, 2020).

Não existe nenhum tipo de treinamento ou preparação prévia que possa eliminar completamente a possibilidade de a pessoa que trabalha com doentes e mortos em situações de emergência ou epidemia ser afetada por sintomas de estresse (OPAS, 2009). Entretanto, o estresse quando manejado corretamente, auxilia a orientar o senso de urgência, bem como mantém os trabalhadores focados no trabalho a ser realizado (IASC, 2020).

ORIENTAÇÕES DE AUTOCUIDADO

A exaustiva carga de trabalho pode comprometer o autocuidado do trabalhador, contudo tão importante quanto adotar as medidas de proteção para saúde física é adotar também as de proteção para saúde mental.

- Cuidar do sono: mesmo em situações normais, a falta de sono afeta o funcionamento do cérebro e a regulação das demais funções do corpo. Seu bem-estar depende da qualidade desse descanso;
- Cuidar da alimentação: assim como o sono, seu corpo necessita de uma alimentação equilibrada para um bom funcionamento físico e mental;
- Resguardar-se do excesso de informações alarmistas veiculadas na grande mídia e em mensagens via *WhatsApp*. Na prática, elas

pouco podem contribuir na solução da emergência sanitária ou com o trabalho cotidiano, mas podem, sim, elevar desnecessariamente o nível de estresse. Eleger um ou dois canais de fonte confiável e oficial para obter informações diárias. Desconfiar de mensagens alarmistas que deem a entender que ter aquela informação diferencia o leitor dos demais, que pedem para ser compartilhadas ou ainda, que contenham informações vagas e sem fonte;

- Em caso de estigma por receio de contágio, compreender a causa como fruto do medo e do estresse causado pela pandemia, não como questão pessoal. Convém dialogar com colegas de trabalho e supervisores que possam compartilhar das mesmas dificuldades, buscando soluções coparticipadas;
- Na medida do possível, manter-se atualizado com pesquisas recentes sobre a doença. Isso pode ajudar a atenuar as preocupações com as incertezas e aumentar a confiança nas condutas terapêuticas a adotar;
- Considere a ineficácia de estratégias como uso de cigarro, álcool e outras drogas: essas alternativas podem piorar o bem-estar físico e mental. Se o tabaco, metanfetamina e cocaína afetam a capacidade pulmonar, o etilismo crônico se associa à imunodepressão. Ambas as condições aumentam a vulnerabilidade à COVID-19;
- Atenção aos sinais de alerta, especialmente se forem recorrentes e persistentes por vários dias. Considerar necessidade de ajuda quando sentir dores incapacitantes, alterações no sono (insônia ou sonolência demasiada) ou no apetite (falta de fome ou vontade compulsiva de comer), irritabilidade incomum e choro fácil;
- Tenha um tempo para oferecer a si mesmo um tempo para passar com aqueles de quem gosta, mesmo que virtualmente. Caso comungue de alguma religião, cultive a fé e seus respectivos rituais. Atividades ligadas às artes ou hobbies que estimulam a concentração e o prazer auxiliam na promoção da saúde mental;

- Estratégias de administração do estresse: relaxamento, exercícios físicos, sessões de alongamento ou meditação. Há alguns bons aplicativos e canais no *Youtube* que oferecem boas orientações. Técnicas de respiração, podem ser adotadas diariamente e sempre que necessário. Alguns serviços têm oferecido modalidades de práticas integrativa complementares (PICs) para profissionais de saúde;
- Muitas unidades de saúde estão disponibilizando equipe de psicólogos e especialistas em saúde mental para atendimento presencial. Se sua unidade não contar com essa equipe, há diversos serviços sendo oferecidos *on-line* gratuitamente que oferecem acolhimento psicológico. Esta é uma atitude de autocuidado;
- Comunicar ao Conselho de Classe / Sindicato ao qual vincula-se casos de excesso de carga horária ou de falta de EPI. As demandas quando são coletivas e institucionalizadas através dos Conselhos/Sindicatos podem aumentar a chance de serem atendidas. Há um código de ética que ampara legalmente os profissionais;
- Não se cobrar tanto: antes de ser um profissional, qualquer profissional é um ser humano e não dará conta de tudo. Reconhecer os próprios limites e não encarar o estresse como um sinal de que não está fazendo o seu trabalho direito ou que é fraco. Fazer intervalos e diversificar tarefas.

AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO: POSSIBILIDADES PARA A PREVENÇÃO

Provavelmente este seja um cenário sem precedentes para a maior parte dos trabalhadores. O estresse pode levar a situações de desentendimento entre os membros da equipe, pois todos estão vivendo momentos extremos.

Os ambientes e processos de trabalho nos quais os profissionais de saúde atuam rotineiramente são caracterizados pelas exigências de uma elevada carga física e emocional, além de, frequentemente,

desencadear estresse. Apesar disso, os desafios trazidos pela COVID-19 acentuam essas particularidades.

As manifestações de mal-estar não devem ser entendidas desvinculadas do ambiente e da organização de trabalho. Constantemente as relações entre o trabalhador e a instituição são foco de tensões e conflitos e, neste momento, isso tende a ser exacerbado. É importante que cada instituição observe as necessidades de suporte aos seus trabalhadores, mas também convém que cada trabalhador conheça e saiba o que esperar de seu empregador.

Nesse sentido, é oportuno identificar intervenções no ambiente e processos de trabalho que possam minimizar os efeitos nocivos do estresse e, ao mesmo tempo, propiciar alívio para o sofrimento psicológico. Tais estratégias contribuem para a não patologização do trabalhador e culpabilização deste pelo próprio adoecimento “por não dar conta” ou não ter se “adaptado” ao trabalho esperado. Dentro do possível, cada trabalhador e equipes têm uma margem de manobra do que é possível fazer, ações simples e eficazes para melhorar a ambiência dos serviços:

- Garantir que todos conheçam os protocolos de biossegurança e de trabalho: os documentos podem ser plastificados e serem disponibilizados de forma visível aos trabalhadores;
- Reuniões curtas diárias no início dos turnos de trabalho ou outras atividades em grupo, para alívio do estresse, podem aumentar a sensação de “estamos juntos” e diminuir a ansiedade da equipe, pois já é sabido que haverá um momento para troca de informações;
- Expor informações visíveis sobre cuidados psicossociais e de saúde mental ofertados na unidade sanitária, caso esteja disponível, ou outros serviços acessíveis remotamente;
- Estimular as manifestações de apoio, solidariedade, reconhecimento e apoio mútuo entre a equipe, principalmente quando colegas estiverem

afastados por suspeita ou confirmação de COVID-19, bem como quando houver mortes de colegas de equipes ou familiares dos trabalhadores;

- Refletir junto a coordenação e membros das equipes possíveis reorganizações de tarefas de modo a alternar atividade de muita pressão (como preparação dos corpos em óbito) e baixa pressão (trabalhos administrativos em geral);
- Apoio entre pares: em situação de intenso estresse é comum que a própria pessoa não se dê conta de seu sofrimento e colegas próximos podem ajudar. As estratégias de cuidado mútuo têm se mostrado uma importante ferramenta de cuidado com a saúde mental. Tais estratégias também podem ser utilizadas durante paramentação e desparamentação, quando um colega se posiciona em frente ao outro e faz os comandos verbais sobre a ordem dos EPIs para que haja aumento da atenção e cuidado nesses momentos;
- Organização do tempo e intensidade de produção: mesmo que a demanda de trabalho no enfrentamento da pandemia exija a atuação dos profissionais por meio de intensas jornadas de trabalho, é fundamental garantir momentos de descanso e pausa adequadas, reconhecendo os limites de cada um;
- Cultura organizacional: cobranças excessivas da liderança podem aumentar a sensação de impotência, incapacidade e insegurança dos trabalhadores diante de situações em que “salvar vidas” nem sempre depende deles. Apesar dos valores da instituição, busque não cobrar de si e dos seus companheiros em excesso. É fundamental estimular que equipes e gestores possam acolher os profissionais que vivenciam experiências de perdas e lutos, ou que tenham sentimento de impotência diante de situações críticas;
- Relações interpessoais: nesse momento todos estão trabalhando sob pressão, o que pode agravar as tensões interpessoais. Busque se expressar de forma clara e empática. Caso ocorra alguma situação incômoda ou desagradável compartilhe-a com os colegas, evitando

acusações e buscando soluções. Observe o tom de voz ao falar para não aumentar a tensão e gerar conflitos. Esteja aberto para ouvir com empatia e solidariedade as angústias, tensões e colocações dos colegas;

- Atividade e autonomia: ainda que as atividades de cuidado sigam protocolos clínicos rigorosos, é importante garantir que todos tenham algum nível de autonomia para organizar suas tarefas e criar suas próprias formas de realizar o trabalho;
- Relação dos sujeitos com sua atividade: distribuir as atribuições entre a equipe de forma que cada um possa escolher setores e atividades com os quais se identifiquem, que tenham mais conhecimento e que se sintam mais satisfeitos em atuar. Os próprios profissionais podem ser propositivos e organizar entre si;
- Situações relativas ao vínculo de trabalho: profissionais com vínculos trabalhistas mais frágeis (contratos temporários, contratados por turnos, estagiários, residentes, terceirizados, etc.) podem estar mais suscetíveis ao sofrimento nesse momento. O apoio da equipe e dos gestores a essas pessoas pode ser fundamental, bem como considerá-los como prioridades nas ações de cuidado;
- Questões externas ao processo de trabalho: considerar e apoiar as dificuldades pessoais de cada integrante da equipe; questões de deslocamento para o trabalho, de conciliar cuidados de filhos e de parentes, se a pessoa está passando por separação, se tem outro turno de trabalho, se está cuidando de pessoas adoecidas, etc. Ofereça, sempre que possível: apoio, compreensão e um momento de escuta;
- Intervenções no e sobre o ambiente de trabalho: dentro do possível, criar um ambiente de trabalho mais agradável e acolhedor pode ser positivo para toda a equipe. Organizar melhor os espaços, possibilitar algum tipo de “personalização” e “individualidade” aos trabalhadores mesmo por debaixo dos paramentos, além de não ignorar as datas festivas, essas são algumas ideias simples que podem contribuir com o bem-estar da equipe.

Por fim, cabe salientar que é frequente, nas queixas de saúde mental relacionadas ao trabalho e também da saúde mental de modo geral, que o tratamento seja baseado na oferta de uma terapia medicamentosa. Essa estratégia, devidamente acompanhada por um profissional qualificado, pode sem dúvida ser importante, porém deve ser ofertada após a tentativa de outras ações, tais como as descritas acima.

NOTIFICAÇÃO DO SOFRIMENTO/TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Todos os casos de sofrimento/transtorno mental relacionado ao trabalho devem ser notificados na Ficha de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho do Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2017). Para fins de notificação e ações de vigilância e cuidado é considerado sofrimento/transtorno mental relacionado ao trabalho quando:

- O usuário fizer referência explícita a situações dos ambientes e processos de trabalho geradoras de intenso sofrimento, mesmo na ausência de quadro clínico de transtorno mental;
- O trabalhador apresentar quadro clínico de transtorno mental e, pelas características de sua história clínica e ocupacional, o profissional de saúde suspeitar da relação entre o trabalho e o seu transtorno;
- Há relatos de violência relacionada ao trabalho, incluindo assédio moral e sexual.

No SUS, oportunamente o profissional pode buscar cuidado no serviço de referência em Saúde Mental ou Saúde do Trabalhador. O Centro de Referência Técnica em Saúde do(a) Trabalhador(a) - CEREST¹ pode articular com redes institucionais e sociais, como acompanhamento de denúncias ao Ministério Público do Trabalho (MPT), relatórios para perícia do INSS, encaminhamento para serviço de cuidado médico e

¹ Importante avaliar se existem outros trabalhadores no mesmo ambiente e condições de trabalho, que estão em situações de sofrimento com possibilidade de desenvolvimento de transtorno mental. Nesses casos, as equipes de Vigilância em Saúde do Trabalhador devem ser comunicadas.

psicológico, além de orientar os trabalhador(a) e/ou familiares sobre os encaminhamentos junto ao empregador e à Previdência Social, como a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se este for amparado pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT) do INSS.

Todos os trabalhadores, independentemente do vínculo empregatício (formal e informal), são alvo das ações do CEREST. As equipes do CEREST ou de Vigilância em Saúde do Trabalhador devem também garantir a notificação no SINAN, registrando os agravos e doenças relacionadas à Saúde Mental no trabalho, bem como articular com os serviços de saúde que darão seguimento ao cuidado do usuário (Atenção Básica, CAPS, ambulatórios, entre outros).

Durante a crise sanitária da COVID-19 estamos aprimorando nossas estratégias de cuidado de si e do outro. Depois que o momento agudo passar é bem importante ter espaço para refletir e aprender com as experiências, extraordinariamente difíceis, de modo a criar uma narrativa positiva e não traumática.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: recomendações gerais.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf. Acesso em : 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora.** Série Cadernos de Atenção Básica, n. 41. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 136p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais.** Brasília, abr. 2020. 37 p. Disponível em: http://renaston-line.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cgsat_-_recomendacoes_de_protecao_aos_trabalhadores_dos_servicos_de_saude_no_atendimento_de_COVID-19.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BROOKS, S. et al. Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed organisations: overview of the literature. **BMJ Mil Health**. London, UK v. 166, n. 1, p. 52–56, 1 fev. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29420257/>. Acesso em: 14 ago. 2020

CHEN, Q. et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet Psychiatry**, London, UK, v. 7, n. 4, p. e15–e16, 1 abr. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30078-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30078-X/fulltext). Acesso em: 14 ago. 2020

DEVILLY, G. J.; WRIGHT, R. A função do debriefing psicológico no tratamento de vítimas de trauma. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. (Supl 1), p. 5, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462003000500010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 14 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19**: versão 1.5, março de 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

KADRI, M. R. E. et al. **Guia de atenção psicossocial para o enfrentamento da COVID-19 no Amazonas**. Amazonas: Universidade do Estado do Amazonas, 2020. 55 p. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/covid19/Arquivo_curso.pdf Acesso em: 14 ago. 2020.

KANG, L. et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. **The Lancet Psychiatry**, London, UK v. 7, n. 3, p. e14, 2020. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

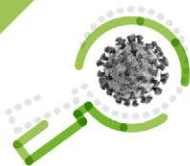
LIMA, E. de P.; ASSUNÇÃO, A. Á. Prevalência e fatores associados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em profissionais de emergência: uma revisão sistemática da literatura. *Revista brasileira de epidemiologia*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 217-230, 2011.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.

Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). 2006 **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situacoes-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

THE LANCET. Editorial COVID-19: protecting health-care workers. **The Lancet**, London, UK. v. 395, p. 922, mar. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/PIIS0140-6736\(20\)30644-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanct/article/PIIS0140-6736(20)30644-9/fulltext). Acesso em 14 ago. 2020.



RECOMENDAÇÕES AOS PSICÓLOGOS PARA O ATENDIMENTO *ON-LINE*

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Bernardo Dolabella Melo, Daphne Rodrigues Pereira,
Fernanda Serpeloni, Juliana Fernandes Kabad, Michele Kadri,
Michele Souza e Souza e Ionara Vieira Moura Rabelo*

Os profissionais da atenção psicossocial têm um papel fundamental em uma pandemia com as características da COVID-19 cujas particularidades incluem: a alta capacidade de contágio, a ausência de vacinas e medicações específicas para tratamento, a necessidade de distanciamento e isolamento social, quarentena prolongada, fechamento de espaços coletivos e de sociabilidade (escolas, academias, igrejas, templos ou centros ligados a atividades religiosas, entre outros), bem como a impossibilidade de praticar ritos culturais coletivos, como festas de casamento, velórios e funerais, entre outros.

Os atendimentos psicossociais durante a pandemia requerem atenção a respeito do manejo, distinção sobre reações esperadas nesse tipo de evento e indicadores de risco: sintomas persistentes, complicações associadas (por exemplo, conduta suicida); comprometimento significativo do funcionamento social e cotidiano, depressão maior/unipolar, psicose, transtorno de estresse pós-traumático ou mesmo manifestação de sofrimento agudo intenso que ocasione a ruptura com as estratégias que promovam a vida, são quadros que exigem uma atenção especializada imediata. Reações de raiva, confusão e estresse agudo são comuns durante períodos de quarentena e isolamento.

As lições aprendidas com os outros países sobre os impactos da COVID-19 na saúde mental mostram a relevância da implantação de serviços estratégicos de atenção psicossocial, baseados em evidências, como forma de redução do estresse e do sofrimento com o objetivo de prevenir agravos futuros (Duan e Zhu, 2020).

Nesse sentido, é recomendada a implementação rápida e estendida das ações de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS) desde a primeira fase de resposta à COVID-19. Mapear, compreender e endereçar questões de SMAPS são ações fundamentais para interromper a transmissão, garantir o funcionamento dos serviços e prevenir as possíveis repercussões a médio e longo prazo, concernentes ao bem-estar da população e sua capacidade para lidar com as adversidades.

A saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores da linha de frente devem ser reconhecidos e apoiados, recebendo ações contínuas em SMAPS durante e depois da pandemia.

O atendimento remoto apresenta vantagens para a oferta de suporte psicossocial durante a COVID-19, uma vez que corrobora com as recomendações de distanciamento social, quarentena e/ou isolamento domiciliar. Dessa forma, é possível evitar a circulação desnecessária e, ao mesmo tempo, garantir atendimento psicossocial e/ou psicoterápico de qualidade. A migração para o atendimento remoto exige adequação da prática do psicólogo para o atendimento.

O atendimento de SMAPS via tecnologias de informação e comunicação (TIC) deve seguir o código de ética das categorias profissionais, informações dos conselhos profissionais e autoridades sanitárias. Por questões didáticas, esta cartilha destina-se aos profissionais da Psicologia. A prestação de serviços psicológicos, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, é regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP nº 011/2018). Em função das necessidades de biossegurança, específicas da COVID-19, a Resolução do Conselho Federal de Psicologia CFP nº 04/2020 flexibiliza a atuação de forma remota, mas reforça a necessidade do cumprimento do código de ética.

Dessa forma, os profissionais que optarem pela prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologia da informação e da comunicação, como o atendimento *on-line*, devem realizar o cadastro pelo site “Cadastro e-Psi” (link: <https://e-psi.cfp.org.br/>) e, temporariamente, não será necessário aguardar a autorização do órgão regulador para iniciar o trabalho remoto¹.

¹ Importante sempre procurar informações atualizadas nos Conselhos de Psicologia.

REAÇÕES E CUIDADOS À SAÚDE MENTAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Todas as pessoas possuem forças e habilidades para lidar com os desafios da vida. Em situação de crise, alguns podem precisar de maior suporte psicossocial. As reações dependem de fatores como: vivências anteriores de situações de crise, apoio que receberam de outras pessoas durante a vida, estado de saúde físico, histórico pessoal e familiar de problemas de saúde mental, cultura, contexto socioeconômico, gênero, valores pessoais e crenças religiosas.

A atuação do psicólogo nesse momento visa, prioritariamente, à promoção do bem-estar psicossocial e à redução do estresse agudo. Oferecer primeiros cuidados psicológicos inclui: possibilitar apoio e cuidado pragmático não invasivo e que permita avaliar necessidades e preocupações; escutar sem pressionar a falar; oferecer conforto; mitigar os efeitos do estresse; orientar para a busca de informações confiáveis oferecendo informações claras e oficiais; orientar sobre os serviços disponíveis de atenção psicossocial mais próximos; e proteger as pessoas de danos adicionais.

O psicólogo deve disponibilizar informação correta e objetiva, proveniente de fontes oficiais (Organização Mundial da Saúde, Secretarias de saúde, Fundação Oswaldo Cruz e Conselhos Federal e Regional de Psicologia) e sustentada em evidências de base científica. Orientações claras com informações confiáveis são fundamentais no auxílio para a redução da ansiedade e estresse durante a pandemia de COVID-19. O objetivo é legitimar o que a pessoa está sentindo e oferecer estabilização emocional na fase aguda.

Cabe ressaltar que embora a maior parte dos problemas psicossociais sejam considerados normais para uma situação anormal, certos cuidados são essenciais. É recomendável que essas reações e sintomas sejam trabalhados com as próprias redes tradicionais de solidariedade como: família, amigos, colegas de trabalho, comunidade, etc. Estima-

se que haja aumento da incidência de sofrimento intenso e/ou transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) e, para tanto, é fundamental disponibilizar um cuidado de SMAPS. O cuidado especializado permite a estabilização emocional emergencial, a fim de evitar transtornos psicopatológicos a médio e longo prazos. Pessoas com história prévia de instabilidade psíquica ou transtorno mental grave re exigem maior atenção neste contexto.

CUIDADO ESPECÍFICO AOS PROFISSIONAIS SMAPS

Assim como os demais profissionais da linha de frente às ações de enfrentamento a pandemia COVID-19 o psicólogo deve procurar exercer o autocuidado. Para isso, é importante estabelecer uma rotina saudável e com equilíbrio entre atividades que tragam prazer, satisfação e conexão social. Ajudar com responsabilidade também significa cuidar da própria saúde. É fundamental conversar com colegas e com o supervisor ao sentir alguma alteração no estado físico e/ou emocional, ou quando julgar necessário.

RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA O PREPARO DOS PROFISSIONAIS E DOS ESPAÇOS DE CUIDADO SMAPS ON-LINE

Equipamento. Assegurar as condições técnicas dos telefones/computadores ou outros instrumentos de comunicação. Desligar as notificações e alertas de mensagens. Caso use um *laptop*, colocar o equipamento em uma superfície plana. Criar estratégias caso a internet pare de funcionar. Estimular o uso de fones de ouvido para a comunicação.

Segurança. Manter o programa de antivírus do seu aparelho atualizado para garantir a segurança dos dados. As normas do código de ética são as mesmas para o atendimento remoto, requisitando cuidados redobrados para preservar o sigilo dos atendimentos, os quais não podem ser gravados, tampouco repassados a terceiros.

Local de atendimento do psicólogo. Criar um espaço para condução da psicoterapia ou atenção psicossocial. Adaptar o ambiente físico, assegurando a privacidade e evitando ruídos ou outras perturbações durante a chamada. Em ligações de vídeo, o profissional deve estar posicionado na frente e ao centro da câmera/tela. Manter maior contato visual do que o necessário em sessões presenciais. Procurar um cenário de fundo que seja adequado. Utilizar sempre o mesmo local para a realização das sessões, criando um espaço de estabilidade e regularidade dos atendimentos. Observar a boa iluminação do espaço independentemente da hora do dia. A luz natural é preferível quando possível.

Comunicação. Definir, preliminarmente, quais meios de comunicação serão utilizados para os atendimentos. O psicólogo deve identificar e orientar claramente quais serão as plataformas utilizadas em caso de emergência, bem como o tempo de resposta previsto. Escolher aplicativos que sejam protegidos por senha e com mensagens criptografadas.

Informação. Buscar informações atualizadas sobre a pandemia de COVID-19 apenas em fontes confiáveis. As informações precisas são importantes, especialmente, aquelas que dizem respeito a biossegurança. É possível mitigar reações de medo e angústia com informações adequadas sobre condutas que evitem a contaminação e propagação da doença.

Serviços existentes. É importante mapear a experiência e estruturas existentes em SMAPS da região, incluindo serviços de saúde pública

e privada. É essencial estabelecer possíveis encaminhamentos para serviços especializados, incluindo a rede de atenção psicossocial, grupos sociais, comunitários, etc. Por exemplo, um profissional da saúde e sua família podem estar sofrendo estigmatização na região onde moram. Durante a pandemia é importante que o bem-estar dos trabalhadores seja protegido. Recorrer a líderes comunitários pode ser um passo chave para combater tal equívoco. Deve-se também estar familiarizado com as normas de Segurança no Trabalho, Centros de Referência de Saúde do Trabalhador, bem como correto preenchimento de notificações e encaminhamentos necessários em caso de acidentes de trabalho.

Violência. Providenciar o acesso de mulheres, crianças, idosos e outros grupos de maior vulnerabilidade a serviços de apoio e proteção psicossocial, especialmente os que estão em situação de violência ou que possam estar em risco de violência.

Técnicas terapêuticas. Realizar a adaptação de procedimentos terapêuticos presenciais baseados em evidências científicas para uso durante o atendimento remoto, como as técnicas de manejo de estresse. A utilização de instrumentos psicológicos para avaliação psicológica deve atender a legislação específica do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI-CFP).

Prontuário. Todos os serviços oferecidos *on-line* devem ser mantidos na forma de registro documental/prontuário, com as devidas fundamentações nos termos das Resoluções CFP 01/2009 e CFP 05/2010 ou legislação vigente. Não se configura como prontuário a gravação dos atendimentos.

ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS SMAPS DURANTE O ATENDIMENTO

Orientar a pessoa para o atendimento remoto. O atendimento remoto exige que a pessoa assuma um papel mais ativo e cooperativo no processo de tratamento do que seria no caso presencial. É preciso orientar

a pessoa a procurar um local que possa ser garantida a privacidade e o sigilo. Evitar ter distrações como: presença de animais e crianças, fumar, comer durante as sessões, etc. Orientar a desligar as notificações e alertas de mensagens. Procurar deixar o espaço confortável, se possível com lenços de papel e água. Normalizar quaisquer dificuldades técnicas que possam aparecer e pensar em alternativas possíveis. Em caso de ligação de vídeo, é recomendável o uso de fones de ouvido para reduzir o barulho e garantir a segurança sobre o que é falado. Orientar aos pacientes a não usarem computadores de acesso coletivo e a colocar senha nos aplicativos e nos aparelhos onde serão feitos os atendimentos.

Recursos. Perceber quais os recursos imediatos presentes no espaço. Buscar observar se a pessoa está em casa, em quarentena, em isolamento, etc. Identificar recursos internos da pessoa que a ajudem relaxar ou os já usados por ela em situações de crise anterior. Reforçar as orientações de autocuidado.

Casos graves. Avaliar os possíveis riscos para a saúde física e psicológica. Realizar encaminhamento para cuidado especializado imediato, caso seja necessário. Para tanto, é fundamental que o profissional se informe sobre os tipos de apoio disponíveis (redes de atenção psicossocial, comunitária, etc.) e o funcionamento desses serviços no estado/município em que o profissional da saúde mora e/ou trabalha. É recomendável preparar uma lista com nomes dos serviços, telefone e endereço logo nas primeiras sessões de atendimento remoto, estando assim preparado para possíveis encaminhamentos de urgência. Realizar um contrato verbal sobre planos de contingência caso seja avaliada situação de risco, como, por exemplo, histórico de tentativas prévias de suicídio ou ideação suicida. Estabelecer a rede de apoio da pessoa e com quem o psicólogo entrará em contato (vizinho, familiares, etc.), testar estes números de telefone após autorização do paciente. Não deixar de contatar a pessoa depois de realizar o encaminhamento.

Psicoeducação. O atendimento durante a pandemia requer validação e informação sobre as reações emocionais e físicas mais comuns esperadas durante a pandemia, à ansiedade, à depressão, ao medo e ao estresse agudo. A psicoeducação é uma ferramenta importante a ser utilizada para oferecer suporte às pessoas que trabalham durante a pandemia. A Organização Mundial da Saúde (2020) e o IASC (2020) apresentam algumas sugestões:

- *É muito provável que você e muitos de seus colegas sintam-se sob pressão. É relativamente normal sentir-se desta forma no momento que estamos vivendo. O estresse e os sentimentos associados a ele não significam de nenhuma maneira um reflexo de que você não é capaz de fazer seu trabalho ou que seja fraco. Cuidar da sua saúde mental e do seu bem-estar psicossocial neste momento é tão importante quanto cuidar da sua saúde física;*
- *Cuide de você. Use estratégias de enfrentamento que possam te ajudar nesse momento – garanta seu descanso, coma alimentos saudáveis, pratique atividade física e mantenha contato com familiares e amigos. Evite usar estratégias de enfrentamento como tabaco, álcool ou outras drogas que possam piorar seu bem-estar físico e mental a longo prazo;*
- *A pandemia da COVID-19 é provavelmente uma situação única e sem precedentes para muitos trabalhadores, particularmente se não tiverem tido envolvimento anterior em respostas semelhantes. Usar estratégias que você usou no passado para lidar com períodos de estresse pode te ajudar agora. As estratégias que usamos para lidar com os sentimentos de estresse são as mesmas, mesmo que o problema seja diferente. Todos nós temos recursos e força que nos fizeram chegar até aqui;*
- *Alguns profissionais podem sentir que amigos ou pessoas da família estejam evitando sua presença por medo de ser infectado ou*

estigma. Isso pode tornar uma situação desafiadora ainda mais difícil de ser suportada. Se possível, tente sempre estar conectado aos seus entes queridos. É possível manter a distância mas sem perder o afeto ao usar recursos de aplicativos e telefone;

- O estresse crônico pode afetar o funcionamento da vida diária. Você pode notar mudanças na forma como trabalha e se relaciona com as pessoas. Pode sentir irritabilidade, ansiedade, sensação de esgotamento, impotência ou dificuldade para relaxar durante os períodos de descanso. É possível também perceber dores no corpo sem causa aparente, como dores de estômago;*
- O estresse pode continuar até mesmo depois que a situação melhorar. Se este se tornar insuportável entre em contato com o coordenador da sua equipe ou com uma pessoa apropriada para garantir que você receba o suporte psicossocial adequado.*

Informação. Transmitir informação de forma correta, clara e compreensível de acordo com as necessidades e estado emocional da pessoa. É importante manter-se atualizado e bem informado para dar suporte para que a pessoa consiga fazer escolhas para a resolução de problemas.

Tempo. Controlar o tempo da chamada.

Luto. Devido à restrição de quarentena, funerais, enterros, e os processos de luto não serão os mesmos praticados de acordo com as culturas vigentes. Identificar quais são os quais recursos (religiosos, espirituais, etc.) que podem auxiliar a pessoa a elaborar o luto.

Particularidades do atendimento remoto pelo telefone: A comunicação é fundamental para o trabalho do psicólogo. De modo geral o atendimento telefônico implica em empatia, escuta ativa e

estabelecimento de proximidade. Durante a chamada é preciso:

- Manter um tom de voz amigável e calmo, falar pausadamente e com convicção, dar instruções caso necessário;
- Facilitar a comunicação e encorajar a expressão de emoções, sentimentos e pensamentos;
- Perceber como a pessoa está falando para reconhecer o que não está sendo diretamente expresso por meio das palavras. Prestar atenção ao tom de voz, velocidade, respiração, pausas na fala, etc.;
- Respeitar o silêncio, mas também saber quando interrompê-lo.

Referências Bibliográficas

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, London, England. 2020. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em 14 ago. 2020

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução do exercício profissional nº 01**, de 30 de março de 2009, alterada pela Resolução CFP 05/2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução do exercício profissional nº 06**, de 29 de março de 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução do exercício profissional nº 09**, de 25 de abril de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução do exercício profissional nº 10**, de 21 de julho de 2005. Código de ética profissional do psicólogo. Brasília, ago. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução do exercício profissional nº 11**, de 11 de maio de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução do exercício profissional nº 4**, de 26 de março de 2020.

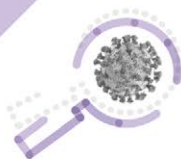
DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, London, England v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19**: versão 1.5, março de 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ORDEM DOS PSICÓLOGOS. **Guia de orientação para linha de atendimento telefônico em fase pandêmica COVID-19**: documento de apoio à prática OPP. 2020. 9 p. Disponível em: https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/doc_apoio_pratica_atendimento_telefonico.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Primeiros cuidados psicológicos**: guia para trabalhadores de campo. Brasília, DF: OPAS, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**, 18 mar. 2020. 6p. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2. Acesso em: 14 ago. 2020.



ORIENTAÇÕES ÀS (OS) PSICÓLOGAS (OS) HOSPITALARES

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Beatriz Schmidt, Bernardo Dolabella Melo,
Carolyne Cesar Lima, Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni,
Juliana Fernandes Kabad, Camila Santos Paiva, Bruno Fernandes Borginho,
Andrea dos Santos Silva, Ionara Vieira Moura Rabelo,
Layla Raquel Silva Gomes, Maria Livia Tourinho Moretto,
Michele Souza e Souza e Nicolly Papacidero Magrin*

Devido à pandemia COVID-19, espera-se um número crescente de internações hospitalares de casos de média e de alta complexidades. Buscando atender à demanda, planos para organização de leitos e enfermarias têm sido traçados. Recomenda-se que a(o) psicóloga(o) hospitalar esteja envolvida(o) na proposição das estratégias de cuidado a pacientes, familiares e profissionais de saúde durante a pandemia.

Ao estruturar o serviço de psicologia hospitalar no atual contexto, sugere-se que a(o) profissional: conheça as características do cenário antes de planejar as ações; fundamente as ações em evidências derivadas de experiências semelhantes; proponha ações alinhadas ao sistema de Saúde Pública; e, considere que profissionais de saúde também compõem um grupo de risco, de modo que a assistência deve ser voltada tanto a pacientes e familiares, quanto à própria equipe.

A atuação de psicólogos(as) hospitalares durante a pandemia de COVID-19 pode vincular-se, dentre outros aspectos, ao funcionamento do serviço de psicologia hospitalar; à assistência a profissionais de saúde, a pacientes hospitalizados, e a familiares de pacientes hospitalizados.

1. Funcionamento do serviço de psicologia hospitalar

Recomenda-se que o conceito de hora-assistencial subsidie equipes para definir o número de psicólogos em serviços hospitalares de referência para COVID-19. Para maiores esclarecimentos, as equipes podem consultar a “Nota Técnica CRP-09 003/2019”, que estabelece parâmetros de assistência psicológica em contextos de atenção primária, secundária e terciária de saúde (CRP-09, 2019).

A hora-assistencial do(a) psicólogo(a) deve contemplar: tempo destinado à preparação para atendimento, com leitura de prontuário; escolha e preparo de materiais; realização de procedimentos e/ou técnicas psicológicas; descarte/guarda de materiais; interconsultas; discussão de caso e reuniões de equipe; encaminhamento de

demandas; evolução em prontuário; e, elaboração de documentos (CRP-09, 2019).

Cada unidade deve avaliar a capacidade instalada e definir critérios, em conformidade com o princípio da integralidade. Minimamente, sugere-se:

- Presença de um(a) psicóloga(o) a cada 15 leitos ou fração na **Unidade de Internação Adulto**, ao passo que um(a) psicóloga(o) a cada 12 leitos ou fração na **Unidade de Internação Pediátrica**. Em ambas as Unidades, recomenda-se cobertura mínima diurna de seis horas diárias e jornada de trabalho de seis horas/dia. Para atendimento a pacientes e familiares, estipula-se hora-assistencial de 45 minutos. Durante a jornada de trabalho de seis horas, o(a) psicólogo(a) realizará no máximo sete atendimentos, reservando tempo para construção de projeto terapêutico, discussão de caso e reuniões de equipe;
- Presença de um(a) psicóloga(o) exclusiva(o) e presencial para cada 10 leitos ou fração na **Unidade de Terapia Intensiva**, com cobertura de 12 horas diárias e jornada de trabalho de seis horas/dia.

O prontuário é o documento de memória das intervenções realizadas durante o período de hospitalização, garantindo o acesso às informações sobre os pacientes para acompanhamento continuado. Portanto, deve-se sempre registrar as ações realizadas, independentemente do vínculo do profissional com a instituição. Ademais, é obrigatório o registro da prestação da assistência psicológica em prontuário único, definido pelas Resoluções CFP nº 001/2009 e 005/2010, respeitando ainda o que consta no Código de Ética Profissional do Psicólogo.

Em se tratando de equipe exclusiva ou não, as/os psicólogas/os devem observar o correto seguimento das recomendações de biossegurança,

¹ Na presente cartilha, a expressão “profissionais de saúde” se refere a toda(o)s a(o)s colaboradores de serviços de saúde, i.e., profissionais que trabalham ou não na linha de frente.

buscando evitar a autocontaminação e disseminação intra-hospitalar da COVID-19, bem como demais doenças transmissíveis.

1.1. Recomendações sobre estruturação do serviço de psicologia em hospitais de campanha que possuem como público exclusivo pessoas com COVID-19

- Definir e compartilhar com equipes: fluxo dos atendimentos do serviço, objetivo das intervenções, locais de atendimento e acompanhamento dos casos;
- Na contratação das equipes, avaliar o perfil do(a) psicólogo(a), sobretudo no que se refere a suportar situações de grande estresse;
- Recomenda-se formação breve e específica em Ações de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) na COVID-19, para que a(o) psicóloga(o) esteja apto a oferecer capacitação em Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP);
- Hospitais devem propiciar educação permanente e continuada sobre os protocolos de biossegurança;
- Estabelecer equipe de psicologia de referência para paciente/familiar, distinta da equipe de saúde mental de referência para equipe assistencial;
- Criar critérios de classificação de complexidade emocional para paciente/familiar, no sentido de definir a quantidade de atendimentos semanais.

1.2. Recomendações sobre reestruturação do serviço de psicologia em hospitais que atendem outras patologias além de COVID-19

- Ativar ou construir o Plano de Contingência para Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS), adaptado à resposta da COVID-19. Sugere-se graduação dos níveis da resposta, conforme preenchimento da capacidade instalada;

- Recomenda-se avaliar quantitativo de psicólogas(os) necessárias(os) em cada nível da resposta, perfil profissional e disponibilidade interna;
- Definir critérios de risco para análise da participação de voluntários nas atividades da instituição;
- Considerar os critérios de hora-assistencial, educação permanente e continuada, bem como formação específica para a COVID-19, descritos anteriormente;
- Estabelecer equipe de psicologia de referência para paciente/familiar, distinta da equipe de saúde mental de referência para equipe assistencial;
- Criar critérios de classificação de complexidade emocional para paciente/familiar, no sentido de definir a quantidade de atendimentos semanais.

2. Assistência a profissionais de saúde durante a pandemia

- Criação/ampliação dos canais oficiais de comunicação entre gestão e demais colaboradores, garantindo transparência e rapidez na disseminação das informações;
- Manutenção de comunicação clara e efetiva entre profissionais e gestores diretos, bem como entre profissionais de saúde (i.e., dentro das equipes), possibilitando apoio social, expressão de necessidades, dúvidas e limites;
- Atualização de treinamentos de biossegurança e disponibilização de material de fácil consulta sobre adequado uso e descarte de EPIs;
- Ampliação do número de pausas e incentivo à adesão a elas. O gestor imediato deve acompanhar sistematicamente o tempo de trabalho e descanso, garantindo o repouso intra e interjornada, bem como o respeito ao limite máximo de tempo de trabalho diário;

- Rodízio de colaboradores entre funções com alto e baixo potencial para estresse. Formar equipes ou duplas mesclando colaboradores mais e menos experientes. Criar estratégias de trabalho em equipes ou duplas pode ajudar a promover apoio continuado entre colaboradores, monitorar estresse e reforçar procedimentos de biossegurança (The Buddy System). É importante que gestores também trabalhem em equipes ou duplas.

2.1. Assistência em saúde mental

- As instituições devem manter equipes de psicologia para assistência em saúde mental de seus colaboradores, as quais podem ser externas ou específicas. Caso se opte por profissional interno, quando houver Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), sugere-se que esse profissional componha seu quadro. Nos demais casos, pode ser lotado na Gestão de Pessoas ou equivalente;
- A equipe de assistência em saúde mental promoverá ações de cunho geral voltadas à prevenção e à promoção da saúde mental de todos os colaboradores, bem como prestará assistência imediata e posterior aos profissionais que dela necessitarem. A continuidade da assistência poderá ser realizada em serviço da rede externa, via encaminhamento;
- As ações de promoção, prevenção e assistência imediata devem ser organizadas de modo a cobrir todos os turnos de trabalho;
- Linhas de cuidados aos profissionais devem ser implementadas nas Secretarias de Saúde e de Recursos Humanos, nos três entes federados, e articuladas com as equipes de assistência imediata dos serviços hospitalares. Hospitais privados devem definir fluxos para encaminhamentos externos;
- Equipes de assistência imediata também devem manter lista atualizada de locais e profissionais voluntários para assistência

em saúde mental. Recomenda-se a divulgação periódica dessas informações aos colaboradores, possibilitando a eles autonomia e protagonismo em seu cuidado;

- A equipe promoverá a divulgação de informações sobre respostas esperadas à situação atual e estratégias de autocuidado para preservação do bem-estar dos colaboradores, favorecendo a identificação de suas potencialidades, vulnerabilidades e limites. Sugere-se que os colaboradores sejam criativamente lembrados das seguintes estratégias:

- Reduzir o consumo de café, chás pretos e outros estimulantes;
- Comer, descansar e exercitar-se regularmente;
- Compartilhar suas experiências com outras pessoas sobre o que está vivenciando (mas não apenas sobre isso!);
- Apreciar e apoiar colegas de trabalho;
- Buscar por pequenos momentos para parar e relaxar;
- Pensar em estratégias que foram úteis em outros momentos difíceis da vida;
- Tentar manter-se desfocado do trabalho quando não estiver trabalhando;

- Com apoio do SESMT, Gestão de Pessoas e gestores imediatos, a equipe de saúde mental identificará colaboradores que experienciam estressores adicionais (ex., condições de saúde que os tornem mais vulneráveis, familiares que estejam adoentados ou vulneráveis, responsabilidade por crianças pequenas com aulas suspensas, etc.), de modo a auxiliá-los individualmente na busca de estratégias para manejar essas circunstâncias;

- A equipe de assistência em saúde mental pode oferecer aos colaboradores espaço para expressão e acolhimento dos sentimentos, nos momentos de início e término da jornada de trabalho.

3. Assistência a pacientes hospitalizados durante a pandemia

3.1. Avaliação de aspectos emocionais de pacientes com suspeita ou confirmação de diagnóstico da COVID-19

O impacto emocional do adoecimento pode influenciar a progressão da patologia, além de aumentar sofrimento, morbidade psicológica e psiquiátrica, risco de suicídio e consequências que se estendem para além da hospitalização. Em situações de doenças infectocontagiosas de fácil transmissibilidade, as medidas de biossegurança acabam por segregar o paciente, para evitar que outras pessoas sejam infectadas.

Recomenda-se que a(o) psicóloga(o) auxilie pacientes com COVID-19 a compreender que as manifestações e condições abaixo descritas podem ser consideradas “normais” em um momento “anormal”:

Sensação de privação de liberdade; aumento de estresse; aumento de ansiedade; aumento de desesperança; humor deprimido; medo de infectar outras pessoas; questionamentos sobre o sentido da vida; estado de choque; apatia; irritabilidade; tédio; insônia; inapetência; fraca adesão a tratamentos hospitalares; agitação; dificuldade de compreensão do diagnóstico e do prognóstico; limitação de estímulos sensorio-motores; limitação de acesso à rede de apoio e, consequente, aumento da sensação de isolamento e das demandas emocionais.

3.2. Ações a serem priorizadas no atendimento a pacientes com COVID-19

3.2.1. Apresentação do serviço de psicologia para paciente consciente:

- Orientação e psicoeducação sobre motivos e importância do isolamento, EPIs utilizados por quem entra na enfermaria e

medidas de restrição à circulação (no caso de acompanhantes da pediatria);

- Corresponsabilização pelo cuidado consigo e com os membros da equipe, tanto para o paciente quanto para seu acompanhante, nos casos previstos por lei e avaliada a necessidade;
- Avaliação psicológica para identificar pacientes com maior vulnerabilidade e risco psicológico, de modo a implementar ações e fluxos que priorizem os atendimentos conforme a complexidade emocional identificada. Seguir as Resoluções CFP nº 09/2018 e 06/2019;
- Atendimento diário para pacientes com maior vulnerabilidade e risco psicológico, até que manifestações mais graves sejam reduzidas ou estabilizadas;
- Quando a prestação de serviços psicológicos se der por recursos eletrônicos (atendimento síncrono e assíncrono), respeitar as orientações do Código de Ética e as Resoluções do CFP sobre tal modalidade de atendimento (ex. Resoluções CFP nº 11/2018 e 04/2020, bem como outras vigentes);
- Considerar demais recomendações apresentadas na cartilha “Recomendações para o cuidado de crianças em situação de isolamento hospitalar”, também publicada pela FIOCRUZ.

3.2.2. *Cuidados da equipe para pacientes inconscientes:*

- Capacitar e estimular a equipe assistencial a realizar estimulação cognitiva ao paciente inconsciente durante o atendimento;
- Estimular que a equipe se responsabilize pela visita familiar virtual, quando não houver disponibilidade de quadro completo de psicologia no serviço.

3.3 Avaliação e manejo do risco de suicídio

A presença de uma doença física pode aumentar em 24% o risco de suicídio. Aspectos como dor, incapacidade física, atividade social limitada, grande preocupação com o prognóstico, perdas financeiras e adoecimento/morte de familiares estão diretamente associados à decisão de tirar a própria vida. Em tempos de isolamento social, o risco fica seriamente aumentado, mesmo dentro de instituições hospitalares. A/o psicóloga(o) deve estar atento aos sinais de risco moderado e alto de suicídio: desesperança, desejo passivo ou ativo de morte, transtornos mentais prévios, tentativa de suicídio anterior, abuso/dependência de álcool, sofrimento psíquico intolerável, dificuldade em ver saída para o sofrimento, planos de se matar e acesso aos meios de como fazê-lo.

3.3.1. Ações em caso de identificação de risco de suicídio:

- Intensificar suporte psicológico e solicitar parecer à psiquiatria;
- Alertar a equipe quanto às medidas de proteção ao paciente e à necessidade de maior vigilância sobre ambiente/instrumentos que propiciem risco de lesão;
- Avaliar junto à equipe mudança de leito do paciente para local de maior acesso e visibilidade dos profissionais.

3.4. Avaliação de aspectos emocionais de pacientes que não tenham COVID-19

Pacientes não infectados pela COVID-19 em unidades hospitalares podem vivenciar medo de contágio por parte de outros paciente ou da equipe de saúde, o que tende a acarretar dificuldades de adaptação e maiores níveis de estresse e ansiedade. Há também a possibilidade de que as unidades hospitalares restrinjam ao máximo a presença de acompanhantes e/ou visitantes também a esses pacientes, gerando maior demanda por atendimento psicológico.

Recomenda-se a manutenção da assistência psicológica a esses pacientes conforme a rotina institucional, sempre que possível, buscando seguir minimamente as recomendações já descritas sobre o dimensionamento da força de trabalho e a avaliação dos aspectos emocionais, para determinação do número de atendimentos semanais a esses pacientes.

Também são necessárias medidas de orientação e psicoeducação sobre os motivos e a importância do isolamento, EPIs e demais medidas de biossegurança, bem como restrição de circulação devido às medidas de isolamento, buscando corresponsabilizar esses pacientes e/ou acompanhantes nos cuidados consigo e com os demais.

4. Assistência aos familiares de pacientes hospitalizados durante a pandemia

4.1. Acolhimento familiar

- Realizar acolhimento familiar no momento da admissão do paciente. Dispor de um espaço arejado que possibilite a distância necessária entre pessoas e ofereça privacidade, sempre que possível;
- Garantir também acolhimento caso a família retorne ao serviço durante a hospitalização, mesmo sendo informada de que a comunicação deverá ser prioritariamente por Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC);
- Oferecer escuta, informar sobre os procedimentos a serem realizados com o paciente, bem como explicar sobre a rotina de comunicação, os horários das visitas virtuais e o funcionamento dos boletins médicos;
- Estabelecer vínculo de confiança entre a instituição e os familiares, para que se sintam acolhidos e seguros de que o paciente será bem assistido e eles poderão acompanhar as notícias à distância;

- Cada paciente deve ter um cuidador principal de referência. Este familiar será o responsável por reunir os demais para visitas virtuais, ou mesmo por transmitir os informes. Deve-se certificar de que esta pessoa é a responsável pelo paciente, coletar nome completo e um ou dois contatos telefônicos, incluindo *WhatsApp*;
- A equipe pode solicitar um segundo nome para contato, caso o contato principal seja pessoa com suspeita da COVID-19 e também necessite internação;
- Considerando aspectos éticos e legais do uso de imagens do paciente, sugere-se que, na admissão, o cuidador principal assine um Termo de Responsabilidade pelo uso e pela divulgação de imagens e informações;
- Caso não seja possível coletar essas informações e realizar as orientações no momento da admissão, deve-se agendar visita presencial com um familiar, para acolhimento, orientações e assinatura do Termo de Responsabilidade.

4.2. Comunicação com familiares

- Estabelecer previamente horário fixo em que serão realizadas as chamadas para o boletim;
- Dada a suspensão das visitas presenciais nesse novo cenário e buscando a humanização do atendimento às famílias, a equipe deve entrar em contato com o cuidador principal por telefone, para repassar informações e esclarecer dúvidas;
- Em sala reservada, a equipe entra em contato com o cuidador principal por ligação e faz o primeiro contato;
- A informação do quadro do paciente deve ser fornecida pelo médico plantonista, baseada nos fatos vigentes, de forma breve e resumida, por meio de ligação de cerca de 5 minutos;

- Registrar a chamada telefônica em prontuário, com horário e nome da pessoa contactada;
- Fazer levantamento junto aos pacientes em enfermarias sobre a possibilidade de contato telefônico com os familiares. Avaliar na instituição a possibilidade de disponibilizar acesso à internet aos pacientes, caso a permanência com os próprios telefones seja autorizada;
- Aos pacientes que possuem aparelhos próprios com possibilidade de acesso à internet e realização de chamadas em vídeo, orientar quanto ao uso para minimizar os efeitos negativos da hospitalização.

4.3. Visita virtual para pacientes hospitalizados

- Providenciar aparelhos com boa conectividade e separar aparelhos específicos para pacientes suspeitos e confirmados da COVID-19.

4.3.1. Para pacientes com consciência preservada e comunicação efetiva (verbal ou não):

- Em cada leito, realizar chamada de vídeo para o número do cuidador principal. Posicionar o aparelho em distância adequada, que permita boa visão e audição pelo paciente;
- Tempo sugerido de 5 a 10 minutos por paciente. Em caso de conexão ineficiente, realizar chamada de voz em viva voz;
- Não enviar fotos, mensagens de texto ou dados clínicos pelo aplicativo;
- Estar disponível para acolhimento psicológico ao paciente e às famílias após as visitas virtuais;
- Deixar agendada com a família nova visita virtual;
- Realizar registro em prontuário com hora da chamada e pessoas contactadas.

4.3.2. Para pacientes inconscientes:

- Realizar estimulação sensorial, orientação alopsíquica e autopsíquica, justificar a ausência da visita e informar que será reproduzido áudio enviado pelos familiares;
- Solicitar à família envio de áudio para que seja reproduzido à beira leito para o paciente, não ultrapassando 5 a 10 minutos de áudio;
- Recomenda-se dar um retorno à família, informando que o áudio enviado foi reproduzido;
- Não são recomendadas vídeo chamadas para pacientes inconscientes, devido à impossibilidade de autorização do uso da imagem;
- Realizar registro em prontuário.

4.4. Comunicação de notícias difíceis

- Não é atribuição do psicólogo a comunicação de óbito. Entretanto, é indicado que este profissional acompanhe a equipe e a família, ofertando suporte e manejo das reações advindas desta notícia;
- Preferencialmente, a equipe de psicologia ou de serviço social (equipe de enfermagem, caso não haja equipe psicossocial), entra em contato com o cuidador principal listado no prontuário;
- Checar se o cuidador principal se encontra em local e com condições para esta conversa, perguntando ainda se há mais alguém ao lado;
- A comunicação de óbito e prognóstico é ato médico e deve ser realizada pelo médico assistente ou plantonista;
- Solicitar e acionar redes de apoio. Em caso de óbito, solicite apoio de alguém para documentação e orientação de trâmites funerários, caso a pessoa não tenha condições;

- Registrar chamada telefônica em prontuário do paciente;
- A entrega dos documentos deverá ser realizada apenas a familiar ou responsável, de forma rápida e sem contato físico;
- Fornecer informações por escrito quanto aos trâmites de registro do óbito e orientações quanto ao funeral para pacientes suspeitos e confirmados da COVID-19.

4.5. Reconhecimento de corpos e manejo do óbito

- Limitar o reconhecimento do corpo a um único familiar ou responsável;
- Sugere-se que não haja contato direto entre o familiar ou responsável e o corpo, mantendo uma distância de dois metros entre eles;
- Quando houver necessidade de aproximação, o familiar ou responsável deverá fazer uso de máscara cirúrgica, luvas e aventais de proteção;
- A depender da estrutura existente, sugere-se que o reconhecimento do corpo possa ser realizado por meio de fotografias, evitando contato ou exposição.

Referências Bibliográficas

BORGINHO, B.F; TRINDADE, L.R.C. As dimensões do isolamento no contexto das doenças infectocontagiosas: perspectivas na infância e na idade adulta. In: **Anais da II Jornada de Psicologia Hospitalar do HDT-HAA**, Goiânia, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19**: recomendações para o cuidado de crianças em situação de isolamento hospitalar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-COVID-19-recomenda%c3%a7%c3%b5es-para-o-cuidado-de-crian%c3%a7as-em-situa%c3%a7%c3%a3o-de-isolamento-hospitalar.pdf>. Acesso em : 14 ago. 2020. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus**: COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html. Acesso em: 14 ago. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, London, England, v. 395, p. 912-20, 2020.

CALEGARI, R. C. et al. Instrumento de classificação da complexidade emocional dos pacientes internados em hospital geral: relato de experiência. **Psicologia América Latina**, México, n. 18, 2009.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. de S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, 2012.

CHEN, Q. et al. Mental health care form medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet**, London, v. 7, n. 4, p. e15-e16, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução CFP nº 6, de 29 de março de 2019**. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP nº 15/1996, a Resolução CFP nº 07/2003 e a Resolução CFP nº 04/2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/guest/materia/-/>

asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957/do1-2019-04-01-resolucao-n-6-de-29-de-marco-de-2019-69440920. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de ética profissional do psicólogo**, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf> Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Código de Ética Profissional do Psicólogo**, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf> Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS**. Ed. 1. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 09, 25 de abril de de 2018**. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI e revoga as Resoluções nº002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 001/2017 e 002/2017. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br/docs/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-n%C2%BA-09-2018-com-anexo.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 1, de 30 de março 2009**. Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos. Brasília, DF, 2020. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 11, de 11 de maio de 2018**. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP nº 11/2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%830-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 5, de 5 de março de 2010**. Altera a resolução CFP nº 1/2009, publicada no dia 1 de abril de 2009, pág. 90, Seção I do DOU. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2010/03/resolucao2010_005.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 6, de 29 março de 2019**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ed 62, seção 1, p. 163, publicado em 1 abr. 2019. Disponível em: www.in.gov.br/web/guest/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/69440957/do1-2019-04-01-resolucao-n-6-de-29-de-marco-de-2019-69440920. Acesso em: 15 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 9º REGIÃO (CRP9). **Nota Técnica CRP-09 003/2019, 25 de setembro de 2019.** Estabelece Parâmetros de Assistência Psicológica em Contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/porta/ato-e-norma/2461-nota-tecnica-crp-09-003-2019-parametros-de-assistencia-psicologica-em-contextos-de-atencao-primaria-secundaria-e-terciaria-de-saude>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 9º REGIÃO (CRP9). **Nota Técnica CRP-09 003/2019, 25 de setembro de 2019.** Estabelece Parâmetros de Assistência Psicológica em Contextos de Atenção Primária, Secundária e Terciária de Saúde. Disponível em: <http://www.crp09.org.br/porta/ato-e-norma/2461-nota-tecnica-crp-09-003-2019-parametros-de-assistencia-psicologica-em-contextos-de-atencao-primaria-secundaria-e-terciaria-de-saude>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CRISPIM, D. et al. **Visitas virtuais durante a pandemia do COVID-19:** dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia, Minas Gerais: AMMG, 2020. 14 p. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CRISPIM, Douglas et al. **Comunicação difícil e COVID-19:** recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. Minas Gerais: AMMG, 2020. 28 p. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunica%C3%A7%C3%A3o-COVID-19.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

DERKS, P. et al. **COVID-19:** mãos extras para a saúde. Disponível em: https://keepingittogether.care/wp-content/uploads/2020/04/A2-poster_Enfrentando-juntos_PORTUGUESE.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3633-3634, 2016.

GLAUSER, W. Communication, transparency key as Canada faces new coronavirus threat. **CMAJ**, Canada, v. 92, n. 7, p. 171-172.

GROSSBERG, G. T.; BECK, D.; ZAIDI, S. N. Y. Rapid Depression Assessment in Geriatric Patients. **Clinics in geriatric medicine**, [S.l.], v. 33, n. 3, pp. 383-91, 2017.

HUTZ C. S. et al (org.). **Avaliação psicológica nos contextos de saúde e hospitalar.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

IASC. INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE. **Diretrizes do IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias.** Genebra: IASC, 2007.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19:** versão 1.5, Março de 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

JUNIOR, C. C.; MAEDA, S. T. **Parâmetros para o planejamento e dimensionamento da força de trabalho em hospitais gerais**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservarH/SES-SP/Parametros_planejamento.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

LIU, S. et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. **The Lancet**, London, v. 7, n. 4, p. e17-e18, 2020.

Managing Healthcare Workers' Stress Associated with the COVID-19 Virus Outbreak. **U.S. Department of Veterans Affairs**, Washington, D.C., EUA, 2020. Disponível em: https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID_healthcare_workers.asp. Acesso em: 14 ago. 2020

MEDEIROS, A.Y.B.B.V. et al. Fases psicológicas e sentido da vida em tempos de isolamento social por pandemia COVID-19 uma reflexão a luz de Viktor Frankl. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 5, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3131>. Acesso em: 14 ago. 2020.

NHS SCOTLAND. **Staying safe & well: a self care guide for staff looking after patients with Coronavirus**. Edimburgh, 2020. Disponível em: <https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/Staying-safe-and-well-a-self-care-guide-for-HCW.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OMS). **Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo**. Brasília, DF: OPAS, 2015.

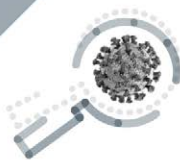
QIN, P. et al. Hospitalization for physical illness and risk of subsequent suicide: a population study. **Journal of internal medicine**, Oxford, v. 273, n. 1, p. 48–58, 2013.

QIU J., et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. **General Psychiatry**, London, v. 33, n. 2, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR. **Recomendações aos Psicólogos Hospitalares frente à Pandemia do COVID-19**. São Paulo, 21 de março de 2020. Disponível em: http://www.sbpqh.org.br/site/images/2020/2020_coronavirus/Recomendacao%20aos%20Psicologos%20Hospitalares%20frente%20a%20Pandemia%20do%20Covid.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020

TOURINHO, M. L. M. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde**. São Paulo, SP: Zagodon, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.



PRESCRIÇÃO E USO DE PSICOFÁRMACOS

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz

*Analuiza Camozzato, Bernardo Dolabella Melo, Carlyne Cesar Lima,
Cristiane Benjamim Santos, Daphne Rodrigues Pereira,
Fernanda Serpeloni, Gilson Mafacioli, Hélio Gomes da Rocha Neto,
Ionara Rabelo, Juliana Kabad, Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc,
Michele Souza e Souza, Michele Kadri, Nicolly Papacidero Magrin,
Ricardo Lugon Arantes, Sandra Fagundes, Sara da Silva Menezes,
Silvana Dal Ponte e Volnei Antonio Dassoler*

A pandemia da COVID-19 forçou a humanidade a reconfigurar formas e estratégias de interação social, deslocamento e processos de trabalho. Além do risco sanitário e dos impactos psíquicos que acompanham o medo do adoecimento e da morte, essa pandemia impõe perdas econômicas e sociais que alcançam todos os segmentos populacionais, em especial, aqueles em maior situação de vulnerabilidade social (BANERJEE, 2020; WANG, 2020; SHAH et. al. 2020; CAO et. al., 2020; DRUSS et. al. 2020; POLIZZI, et. al., 2020; IASC, 2020).

As pessoas afetadas por eventos extremos como desastres, guerras e pandemias, frequentemente, manifestam reações emocionais intensas (OPAS, 2006; IASC, 2007). Além disso, pandemias com um número expressivo de vítimas apresentam especificidades e demandas que extrapolam as capacidades instaladas e circunscritas de saúde pública em uma determinada região, sendo necessário requerer auxílio externo para o seu enfrentamento.

Nesse contexto, as pessoas vivenciam, direta ou indiretamente, ocorrências de elevado potencial traumático, como: perdas abruptas da rede socioafetiva em um curto espaço de tempo, medo de contaminação, adoecimento, de perder os meios de subsistência, dentre outros.

Pesquisas relatam diversos comportamentos emocionais e sintomas psíquico em epidemias (SHAH et. al., 2020; VICTOR, 2019) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) projeta que, em tais circunstâncias, entre um terço e metade da população pode ser afetada psicologicamente (OPAS, 2006). Entretanto, a maioria das pessoas não apresenta transtornos psiquiátricos após um evento extremo (CAO, 2020; VICTOR, 2019; NORTH, PFEFFERBAUM, 2013/2019; NORTH et. al., 1999; NORTH et. al, 2012; BENEDEK, 2017) e as reações agudas decorrentes da exposição não consistem, necessariamente, respostas patológicas, sendo compreendidas como “reações normais a um evento anormal” (NORTH, PFEFFERBAUM, 2002; ROBERT et. al., 2003).

Além disso, algumas pessoas são desafiadas e estimuladas a mudanças que impactam, positivamente, suas vidas e projetos pessoais (POLIZZI, 2020; IASC, 2020; WHO, 2020; MCMILEN, 1999; MCMILLEN et. al., 1997).

A evolução ou não da experiência de sofrimento agudo para um possível transtorno mental depende de múltiplos fatores, tais como características intrínsecas do indivíduo e de condições externas (CAO, 2020; IASC, 2020; VITOR, 2019; NORTH; PFEFFERBAUM, 2013; MCMILLEN, 1999; ROSENBERG, 2019). Assim, a exposição à pandemia COVID-19 não é o único agente etiológico e os desfechos em saúde mental são multicausais (CAO et. al., 2020; POLIZZI et. al., 2020; IASC, 2020). Os indícios a serem avaliados são: frequência, duração e intensidade dos sintomas e comprometimento da funcionalidade (WHO, 2020).

Em relação à COVID-19, a estabilidade econômica e o suporte social atuaram como fatores protetores de ansiedade patológica, enquanto ter parente/conhecido infectado pela COVID-19 constituiu em fator de risco (IASC, 2007). A constatação do aumento de casos confirmados e suspeitos, bem como de localidades/países afetados pela pandemia COVID-19 associam-se à ampliação do sentimento de angústia (CAO et. al., 2020). Estudos prévios demonstram que ser paciente mantido em isolamento (BO et. al., 2020), ser trabalhador da linha de frente e/ou possuir familiares ou amigos próximos infectados relacionam-se com mais sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ao passo que ser mulher e ter pior qualidade de sono relaciona-se com maior frequência do transtorno (LIU et. al., 2020).

Desse modo, recomenda-se que os objetivos primários nas intervenções sobre as consequências iniciais do desastre sejam: promoção da segurança, assistência às necessidades práticas, estabilização, produção de laços transferenciais (vínculos/conexão) dos sobreviventes/familiares/comunidade com os serviços oferecidos e identificação com respectivo encaminhamento daqueles pacientes

com maior risco aos serviços especializados (NORTH; PFEFFERBAUM, 2013). Devido às medidas de biossegurança, os atendimentos virtuais ou telefônicos, como o telessaúde, têm sido utilizados, a fim de evitar a descontinuidade da assistência à população (BRASIL, 2020; CFP, 2020).

Quanto às pessoas vivenciando início recente de problemas psíquicos graves, a escolha do tratamento deve considerar a história clínica, a gravidade dos sintomas, o nível de sofrimento psíquico associado e as limitações relacionadas, assim como os tratamentos disponíveis e os seus riscos e benefícios (APA, 2013).

Pessoas com transtorno psiquiátrico preexistente podem apresentar piora do estado mental, uma vez expostos a preocupações excessivas que intensifiquem quadros depressivos e ansiosos (BENERJEE, 2020; DRUSS, 2020; SANI et. al., 2020; HUREMOVIC, 2019). Por sua vez, pacientes com transtornos mentais graves estão sujeitos a piora nas barreiras de comunicação, na percepção da realidade e do juízo, de forma que medidas de proteção podem ser negligenciadas ou não compreendidas adequadamente (IASC, 2020; HUREMOVIC, 2019; KIM; SÚ, 2020). Sintomas negativos, no caso da esquizofrenia, podem levar ao comprometimento da saúde física e da imunidade (KIM, SÚ, 2020). Em conjunto, esses fatores elevam as taxas de infecção com possível piora do prognóstico nesta população (DRUSS, 2020; CUI et. al, 2020).

A atuação em situação de pandemia envolve um conjunto de medidas que se sobrepõem e se inter-relacionam como saúde pública e intervenções psicossociais individuais e comunitárias. Portanto, é fundamental a constância no funcionamento dos serviços de saúde, de modo que a rede continue articulada e mantendo o cuidado previamente oferecido. Os usuários dos serviços de saúde mental fazem parte de uma população particularmente vulnerável e podem sofrer com a suspensão do tratamento (CAO, 2020; IASC, 2020; WHO 2020), seja pela interrupção do vínculo com cuidador ou pela escassez

do suporte instrumental antes disponíveis na Atenção Primária à Saúde (APS).

Neste cenário, as populações institucionalizadas - sejam nos hospitais psiquiátricos ou nas instituições para pessoas com deficiência - requerem cuidados especiais por se encontrar em ambiente coletivo - o que facilita a disseminação do vírus (DRUSS, 2020; HUREMOVIC, 2019; KIM; SU, 2020). Outra questão importante diz respeito aos usuários das redes de Atenção Psicossocial. Devido à pandemia COVID-19, alguns serviços têm sido fechados ou orientados a funcionar apenas em situações de emergência ou limitando os processos de cuidado à renovação de receitas de psicofármacos.(IASC, 2020; STARACE; FERRARA, 2020; CHATURVEDI, 2020; CUI et. al., 2019).

Em relação à quarentena, a limitação socioeconômica pode restringir as estratégias de reabilitação em ambiente domiciliar. No entanto, se planejadas, supervisionadas e combinadas antecipadamente, essas ações podem reduzir os possíveis efeitos negativos e se tornarem um importante aliado terapêutico (CUI et. al., 2020; CHATURVEDI, 2020). Diante do risco de recaídas e a piora dos sintomas de alguns pacientes, é fundamental que os serviços de referência disponibilizem, constantemente, formas de acesso, mesmo que remota, além da garantia do atendimento por parte das emergências psiquiátricas durante a pandemia (IASC, 2020; STARACE; FERRARA; 2020, WHO, 2020). O planejamento destes atendimentos deve também considerar a situação familiar, pois os cuidadores podem estar sobrecarregados, afetando o cuidado do paciente (WU et. al. 2020; ROME; AVORN, 2020).

Outro elemento essencial a ser considerado é a comunicação midiática. O desenvolvimento de notícias que vinculem informações positivas de saúde mental à mensagem principal pode contribuir para o bem-estar da população, além de sensibilizar e ofertar subsídios de psicoeducação quanto a profilaxia, valorização do trabalhador da saúde e estigmas da doença (IASC, 2020).

ASPECTOS ESPECÍFICOS DA COVID-19

Estudos clínicos e pré-clínicos realizados com outros subtipos de coronavírus demonstraram neurotropismo - o que poderia resultar em cenários clínicos complexos (KIM; SU, 2020; WU et. al., 2020). Recentemente, a presença do SARS-COV-2 no liquor foi detectada e o primeiro caso de encefalite viral foi registrado, sugerindo que o vírus pode causar dano ao sistema nervoso (WU et. al., 2020). Acrescido a isso, a COVID-19 atua como gatilho para liberação de citocinas inflamatórias, como IL-1b e IL-6 (WU et. al., 2020; STARACE, 2020; CONTI et. al., 2020). Entretanto, ainda não é claro se o SARS-COV-2 também apresenta neurotropismo e como sua presença no sistema nervoso central poderia ser relevante fisiopatologicamente ou como essas citocinas poderiam atuar no sistema nervoso central de forma a produzir/gerar/interferir sintomas neuropsiquiátricos (KIM; SU, 2020; WU et. al., 2020, STEARDO et. al., 2020).

Até o mês de maio de 2020, mais de 200 ensaios clínicos estavam sendo realizados ao redor do mundo e, pelo menos, 25 medicamentos investigados para a COVID-19. Contudo, até então, nenhuma droga com função curativa nem profilática teve eficácia identificada para a infecção (ROME; AVON, 2020; ALPERN; GERTNER, 2020).

Dentre as medicações estudadas e utilizadas, como: hidroxicloroquina, cloroquina, azitromicina e a associação de lopinavir/ritonavir, algumas podem causar o prolongamento do intervalo QTc e torsade des pointes (GIUDICESSI et. al., 2020; CHEN et. al., 2006). Vale ressaltar que estes possíveis riscos cardiológicos também podem ser observados com uso de alguns psicofármacos, tais como: ziprasidona, quetiapina, citalopram, hidroxizina, prometazina, amitriptilina, dentre outros. Logo, tais associações exigem avaliações cautelosas, porque poderiam levar a um aumento das mortes súbitas (CHEN et. al., 2006). Outro aspecto é que a hidroxicloroquina é metabolizada por diversas enzimas do citocromo P450, incluindo CYP2D6 e algumas medicações, como fluoxetina e paroxetina, que são inibidoras potentes dessa enzima, embora inibidores e/ou indutores das enzimas do citocromo P450 não

tenham alterado os níveis de hidroxicloroquina em estudos (JALLOULI et. al., 2015). Por outro lado, a hidroxicloroquina parece também inibir o CYP2D6 (SOMER et. al., 2000) o que, teoricamente, poderia aumentar os níveis séricos de medicações psicofarmacológicas metabolizadas completa ou parcialmente pelo CYP2D6 (como risperidona, paroxetina, venlafaxina, e alguns antidepressivos tricíclicos), entretanto, este é um pressuposto teórico.

De qualquer forma, é importante salientar o potencial risco de interações medicamentosas nos pacientes com doença psiquiátrica que necessitam de tratamento farmacológico e medicações que possam estar sendo ou virão a ser estudadas para o tratamento da COVID-19. Tais medicações podem produzir aumento da severidade dos efeitos indesejados, incluindo sedação e risco de queda com potencial de fraturas.

Destaca-se que nenhum paciente deve ser submetido a uma situação em que os riscos sejam injustificáveis na ausência de benefício clínico significativo. E, para pacientes com doenças mentais prévias ou incidentes, comumente, o acompanhamento/seguimento das decisões a respeito do uso dos psicofármacos devem continuar, devem ser feitos considerando a especificidade de cada situação, o quadro clínico, as comorbidades, os mecanismos de ação, o custo-benefício, dentre outros.

Outro aspecto a ser referido é que, possivelmente, durante o surto viral, exista uma ruptura ou redução de diversos serviços e comprometimento do acesso aos serviços de saúde mental (HUREMOVIC, 2019). A fim de promover a manutenção do tratamento, estratégias para fornecimento contínuo das medicações devem ser implementadas (IASC, 2020; WHO, 2020; HUREMOVIC, 2019). Pode ser estrategicamente interessante envolver ativamente a Atenção Básica nesse processo como um empuxo à continuidade do cuidado, de modo a transcender a simples renovação de receitas. Caso a opção seja a dispensação de medicamentos por um maior período, deve-se considerar uma avaliação cautelosa em

relação ao abuso de medicação ou ao risco de suicídio por ingestão medicamentosa (HUREMOVIC, 2019).

Pacientes com doença psiquiátrica usando medicações que exigem monitorização, tais como carbonato de lítio e clozapina, precisam de atenção especial. Aqueles indivíduos que usam lítio, e estão com níveis séricos estabilizados, podem ter a litemia realizada semestralmente (BRASIL, 2016); dessa forma, recomenda-se prioridade na manutenção de contato – ainda que virtual – para os pacientes em uso destas substâncias e possibilidade de decisão compartilhada sobre a manutenção ou substituição destes fármacos. Uma questão particular da COVID-19 é que a infecção poderia associar-se à insuficiência renal aguda precoce, o que poderia ser problemático em pacientes em uso de lítio, devido à toxicidade renal e ao metabolismo renal da droga. Neste sentido, as medidas de psicoeducação em relação ao surgimento de sintomas sugestivos de intoxicação por lítio, necessidade de interrupção da droga e busca de atendimento médico devem ser feitas.

No que concerne à clozapina, apesar das limitações quanto aos recursos clínicos nesse momento, a descontinuidade abrupta dessa medicação gera um risco significativo de recaída ou exacerbação da severidade da doença. Assim, as seguintes recomendações foram lançadas: manutenção da medicação e realização trimestral de hemogramas em pacientes que estejam usando a medicação há mais de 1 ano, nunca ter apresentado contagem absoluta de neutrófilos abaixo de 2000 e avaliação de urgência para os pacientes em uso de clozapina com quaisquer sintomas de infecção (SISKIND et. al., 2020). Caso os pacientes apresentem febre ou sintomas respiratórios, a emergência de sinais e sintomas de toxicidade por clozapina podem exigir a redução da dose pela metade. Essa redução deve ser continuada até o terceiro dia após o fim da febre para, então, ser gradualmente aumentada até a dose pré-febre (SISKIND et. al., 2020).

Embora seja prática recorrente em situações extremas, a prescrição de benzodiazepínicos para pacientes que não faziam uso dessas medicações antes da pandemia é desencorajada. Benzodiazepínicos são considerados uma contraindicação relativa para pacientes que experienciaram algum trauma (ALTENA et. al., 2020) ou mostraram-se a opção menos adequada (AMOS; STEIN; IPSEER, 2014). No Brasil ocorrem taxas crescentes de prescrição, o que torna essa prática ainda mais preocupante (ZORZANELLI et. al., 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que benzodiazepínicos não devem ser prescritos para reduzir sintomas agudos de estresse pós-traumático ou para distúrbios do sono no primeiro mês após um evento potencialmente traumático (WHO, 2013). Estudos sugerem ausência de benefícios e possíveis malefícios como a produção de um quadro de dependência, além do aumento do tempo de recuperação. Ressalta-se que a recuperação do trauma não corresponde a esquecimento, contrariamente, diz respeito a um mecanismo de adaptação e aprendizado e que a administração de benzodiazepínicos, na fase de recuperação, poderia interferir nesse processo (GUINA et. al., 2015).

Para manejo de insônia, medidas não farmacológicas devem ser utilizadas inicialmente, por exemplo: higiene do sono, meditação e terapia cognitivo comportamental (ALTENA et. al., 2020). Caso esses procedimentos estejam indisponíveis ou sejam ineficazes, é possível considerar, em curto prazo, a administração de antidepressivos sedativos (por exemplo, amitriptilina, imipramina, mirtazapina, trazodona) ou hipnóticos não-benzodiazepínicos, conhecidos como drogas Z (zolpidem) ou benzodiazepínicos podem ser considerados (ALTENA et. al., 2020).

Diferentes grupos farmacológicos foram estudados para a prevenção de TEPT, mas, até o momento, não existe nenhuma evidência consistente quanto à eficácia de farmacoterapia precoce para essa profilaxia (BENEDEK; WYNN, 2017; ROBERT et. al., 2020; AMOS et. al., 2014; TAWA; MURPHY, 2013) ou para o transtorno de reação aguda ao estresse (VICTOR; AHMED, 2019; ROBERT et. al., 2003; SIJBRANDIJ et. al. 2015). Convém destacar que, na presença de transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade ou episódios depressivos sem resposta a medidas não farmacológicas no primeiro mês, inibidores seletivos da recaptção de serotonina devem ser considerados. Isto porque, além de apresentarem relativamente poucos efeitos colaterais, essa classe de medicação apresenta efeitos terapêuticos para os transtornos supracitados (TAWA; MURPHY, 2013; HOSKINS et. al., 2015).

Na ausência de vacina e cura para a COVID-19, a prevenção é a melhor estratégia. Assim, recomenda-se desde ações coletivas que produzam pertencimento e engajamento, até medidas pessoais relacionadas à estilos de vida mais saudáveis. Exercícios regulares, nutrição balanceada, qualidade de sono e conexões com familiares, amigos e comunidade são práticas que se mostram intimamente associadas à melhora do sistema imune e devem, portanto, ser reforçadas (SHAH et. al., 2020; IASC, 2020; WHO, 2020; KIM; SU, 2020).

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

As intervenções psicossociais em situações de pandemia pressupõem que as atividades e as ações propostas consideram as características da população, sua realidade cultural, econômica e social articulando-se com as diretrizes formuladas pela legislação de cada país (IASC, 2020, HUREMOVIC, 2019). Assim, práticas culturais bem como crenças e atitudes podem ser ferramentas importantes para um desfecho favorável em saúde mental - especialmente em um cenário de pandemia (IASC, 2020; IASC, 2007 WHO; 2020; VICTOR, 2019). Tais ferramentas devem ser observadas e compreendidas de forma

ampla, pois também podem agir como mecanismo de disseminação do vírus (IASC, 2020; VICTOR, 2019). Dessa forma, a abordagem e a utilização de ferramentas comunitárias deverão ser adaptadas, a fim de endereçar e alcançar aspectos da saúde e segurança, respeitando-se as práticas culturais prevalentes (IASC, 2020; VICTOR, 2019; NORTH; PFERFFERBAUM, 2013).

Considerando as especificidades das intervenções de saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS) na COVID-19, são necessárias a inclusão do suporte e a oferta de recursos àqueles em necessidade, assim como a redução do estigma associado aos transtornos psiquiátricos e ao diagnóstico da infecção (IASC, 2020; WHO, 2020).

Consensos relacionados a situações extremas sugerem uma abordagem multifacetada, multidisciplinar e escalonada, com variedade de estratégias SMAPS oferecidas (IASCC, 2007; BISSON, 2010). As recomendações incluem medidas de saúde pública, intervenções psicossociais individuais e comunitárias e intervenções farmacológicas (IASC, 2020; WHO, 2020; BRYANT, 2009). Os profissionais de SMAPS devem, portanto, reforçar padrões de suporte social que se alinhem às medidas profiláticas para contenção da pandemia (SHAH et. al., 2020; IASC, 2020; WHO, 2020; STARAFACE; FERRARA. 2020).

Referências Bibliográficas

ALPERN, J. D; GERTNER, E. Off-Label therapies for COVID-19: are we all in this together? **Clinical pharmacology and therapeutics**, Saint Louis, v. 108, n. 2, p. 182-184, 2020.

ALTENA, E. et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the european CBT-I academy. **Journal of Sleep Research**, Oxford, p. e13052, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jsr.13052>. Acesso em: 14 ago. 2020

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Use of the Manual. In: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 2013.

BANERJEE, D. The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play. **Asian Journal of Psychiatry**, Amsterdam, v. 50.

BENEDEK, D; WYNN, G. Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. In: URSANO, R. J. et al. (ed.). **Textbook of Disaster Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2017. p. 101-123.

BO H. X. et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. **Psychological medicine**. Cambridge, p. 1-2. 2020;

BRASIL. Ministério da Saúde, Saúde S de A à. Portaria n 315, de 30 de março de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2016 p. 50. Available from: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/01/TAB---Portaria-315-de-30-de-mar--o-de-2016.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 467, de 20 de março de 2020. **Diário Oficial da União**, ed. 56-B, Seção 1 - extra, p. 1, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CAO, W. et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. **Psychiatry Research**, Ireland, v. 287, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CHATURVEDI S. K. COVID-19, coronavirus and mental health rehabilitation at times of crisis. **Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health**, [S.l], v. 7, n. 1, p. 1-2, 2020.

CHEN, C.Y.; WANG, F. L.; LIN, C. C. Chronic hydroxychloroquine use associated with QT prolongation and refractory ventricular arrhythmia. **Clinical Toxicology**, Philadelphia, v. 44, n. 2, p. 173-175, 2006.

Conselho Federal de Psicologia (CFP) **Resolução nº 4**, de 26 de março de 2020.

CONTI, P. et al. Induction of pro-inflammatory cytokines (IL-1 and IL-6) and lung inflammation by COVID-19: anti-inflammatory strategies. **Journal of biological regulators and homeostatic agents**, Milano, v. 34, n. 2, 2020.

CUI L. B; WANG X. H; WANG H. N. Challenges facing coronavirus disease 2019: psychiatric services for patients with mental disorders. **Psychiatry and clinical neurosciences**, Oxford, v. 74, n. 6, p. 371-372, 2020;

DRUSS, B. G. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. **JAMA Psychiatry**, Chicago. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2764227> Acesso em: 14 ago. 2020.

GIUDICESSI, J. R. et al. Urgent guidance for navigating and circumventing the QTc-prolonging and torsadogenic potential of possible pharmacotherapies for coronavirus disease 19 (COVID-19). **Mayo Clinic Proceedings**, [S.l], v. 95, n. 6, p. 1213-1221, 2020.

HUREMOVIĆ, D. Preparing for the Outbreak. In: HUREMOVIĆ, D. **Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak**. Switzerland. Cham: Springer. 2019. p. 85-94.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 Outbreak**. 2020. 14 p. Disponível em: https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

INTER Agency Standing Committee (IASC). **Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings**. Geneva: IASC, 2007. 182 p. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/emergencies/9781424334445/en/. Acesso em: 14 ago. 2020.

JALLOULI, M. et al. Determinants of hydroxychloroquine blood concentration variations in systemic lupus erythematosus. **Arthritis & Rheumatology**, Haboken, 2015;v. 67, n.8, p. 2176-2184, 2015.

KIM, S. W.; SU, K. P. Using psychoneuroimmunity against COVID-19. **Brain, Behavior, and Immunity**, Orlando, v. 87, p. 4-5, 2020.

LIU N. et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. **Psychiatry Research**, Shannon, Ireland, v. 287. 2020.

MCMILLEN, J. C.; SMITH, E. M.; FISHER, R. H. Perceived benefit and mental health after three types of disaster. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, DC, v. 65, n. 5, p. 733-739. 1997.

MCMILLEN, J. C. Better for It: how people benefit from adversity. **Social Work**, New York, USA, v. 44, n. 5, p. 455-468. 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/sw/44.5.455>. Acesso em: 14 ago. 2020.

NORTH, C. S.; OLIVER, J.; PANDYA, A. Examining a comprehensive model of disaster-related posttraumatic stress disorder in systematically studied survivors of 10 disasters. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 102, n. 10, p. 40-48. oct. 2012.

NORTH, C. S.; PFEFFERBAUM B. Research on the mental health effects of terrorism. **JAMA: journal of the American Medical Association**, Chicago, USA, v. 288, n. 5, p. 633-636. 2002.

NORTH, C. S.; PFEFFERBAUM, B. Mental Health Response to Community Disasters. **JAMA: journal of the American Medical Association**, Chicago, USA, v. 310, n. 5, p. 507-518. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23925621/>. Acesso em 14 ago. 2020.

NORTH, C.S. et al. Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City bombing. **JAMA: journal of the American Medical Association**, Chicago, USA, v. 282, n. 8, p. 755-762.1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Unidade de Saúde Mental, de Abuso de Substâncias e Reabilitação (THS/MH). Tecnologia e Prestação de Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). 2006 **Proteção da saúde mental em situações de epidemias**. Disponível: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>. Acesso em: 13

ago. 2020.

POLIZZI, C.; LYNN, S. J.; PERRY, A. Stress and coping in the time of COVID-19: pathways to resilience and recovery. **Clinical Neuropsychiatry**, Rome, v. 17, n. 2. p. 59-62, 2020. Disponível em: <https://www.clinicalneuropsychiatry.org/download/stress-and-coping-in-the-time-of-COVID-19-pathways-to-resilience-and-recovery/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

ROME, B. N.; AVORN, J. Drug evaluation during the COVID-19 pandemic. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 382, n. 24, p. 2282-2284, 2020.

ROSENBERG A. R. Cultivating deliberate resilience during the coronavirus disease 2019 pandemic. **JAMA Pediatrics**, Chicago, USA. 2020;

SANI, G. et al. Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. **Psychiatry and clinical neurosciences**, Oxford, v. 74, n. 6. p. 372. 2020;

SHAH, K. et al. Focus on mental health during the Coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. **Cureus**, [S.l.] v.12, n. 3 p. 1-8, 2020. Disponível em: https://assets.cureus.com/uploads/review_article/pdf/29485/1590765542-20200529-3928-1188f3v.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

SISKIND, D. et al. Consensus statement on the use of clozapine during the COVID-19 pandemic. **Journal Psychiatry of Neuroscience**: JPN, Ottawa, v. 45, n. 3, p. 2, 2020.

SOMER, M. et al. Influence of hydroxychloroquine on the bioavailability of oral metoprolol. **British journal of clinical pharmacology**, London, v. 49, n. 6, p. 549-554, 2020.

STEARDO, L. et al. Neuroinfection may potentially contribute to pathophysiology and clinical manifestations of COVID-19. **Acta Physiologica**, Oxford, v. 229, n. 3, 2020.

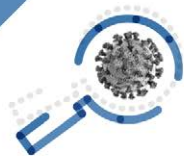
URSANO, R. J.; NORWOOD, A. E. Early intervention for trauma-related problems. In: URSANO, R. J.; NORWOOD, A. E. **Trauma and Disaster Responses and Management**. Washington, D: American Psychiatric Publishing, 2003. p. 97-124.

VICTOR, G. S. T.; AHMED, S. The importance of culture in managing mental health response to pandemics: a mental health response to infection outbreak. In: HUREMOVIĆ, D. **Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak**. Switzerland. Cham: Springer. 2019 p. 55-64.

Wang, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International Journal of Environ Research and Public Health**, Basel, Switzerland, v. 17, n. 5, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**, 18 mar. 2020. World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>. Acesso em: 14 de ago. 2020.

WU, Y. et al. Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses. **Brain, Behavior, and Immunity**, Orlando, v. 87, p. 18-22, 2020.



CUIDADOS PALIATIVOS ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz

*Maria Goretti Maciel, Bernardo Dolabella Melo,
Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni,
Juliana Fernandes Kabad, Michele Souza e Souza,
Michele Kadri e Ana Claudia Quintana Arantes*

INTRODUÇÃO

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que tem por objetivo o alívio do sofrimento humano em qualquer condição em que aconteça. Seus princípios e o conhecimento que agrega pode e deve ser aplicado tanto de forma individual, diante de uma doença que ameaça à vida, quanto diante de uma população que sofre por risco de perda massiva de vidas.

O emprego precoce de suas ferramentas pode auxiliar profissionais em diferentes etapas do atendimento a pessoas portadoras da doença, independente de estarem ou não em situação de final de vida. No caso da COVID-19, a família igualmente precisa ser acolhida, uma vez que é duplamente afetada tanto pelo agravamento da condição de saúde do paciente, como pelo sentimento de medo e angústia de novos casos no núcleo familiar.

Entre os instrumentos mais utilizados pelos Cuidados Paliativos, podem ser úteis agora:

- **Comunicação adequada** com o objetivo de ajudar a humanizar o processo em todas as etapas;
- **Avaliação do paciente** com objetivo de auxiliar em decisões sobre oportunidade de suporte avançado de vida;
- Métodos eficientes para o **controle de sintomas** em todas as etapas;
- **Atenção a familiares**, auxiliando na compreensão do processo de adoecimento, diminuindo o impacto sobre o sofrimento associado à perda de pessoa querida.

DIFERENTES CENÁRIOS E ABORDAGENS POSSÍVEIS:

A – Monitoramento de portadores e sintomáticos leves em casa:

Equipes de Saúde da Família, através de agentes comunitários podem treinar familiares de forma individual ou coletiva, sobre medidas de afastamento social e atenção sobre sintomas de risco que podem implicar em atenção hospitalar.

B – Monitoramento de doentes crônicos ou com doenças crônicas em progressão e outras causas de risco elevado no adoecimento:

Orientar pacientes e familiares a informar corretamente sobre doenças prévias, em especial, sobre o grau de fragilidade em que se encontra o doente. Perguntas que podem auxiliar:

O doente está:

- Perdendo capacidade funcional de forma rápida (parou de caminhar, necessita de ajuda para banho, locomoção, alimentação)?
- Acamado e dependente para muitas atividades e/ou vem piorando nas últimas semanas/meses?
- Com pouco apetite e perdendo peso rapidamente nas últimas semanas?
- Com sintomas diversos como dor, fadiga, falta de ar, sonolência ou outros sintomas físicos de desconforto, controlados ou não com medicamentos e medidas não farmacológicas adequadas?
- Necessitou de internação hospitalar por sua doença mais de uma vez no último ano?

Nestes casos, orientar ao familiar para informar às equipes sobre condição prévia do doente e presença de doença evolutiva. Isso irá ajudar o profissional a encontrar a melhor alternativa de tratamento para ele.

C. Unidades de Pronto atendimento específicas ou não:

1. Profissional de triagem: (habitualmente profissional de enfermagem:

- Apresentar-se sempre e assegurar que fará o seu melhor para ajudar;
- Buscar os sintomas atuais de infecção pelo COVID-19;
- Buscar os sinais de alerta para doença crônica evolutiva (quadro 1);
- Buscar rapidamente dados biográficos do doente (quadro 2).

Os poucos minutos de conversa pessoal e acolhedora onde se registra informações biográficas do doente são extremamente preciosos e ajudam a humanizar o processo, trazendo percepção de confiança sobre os cuidados que serão oferecidos. As pessoas se sentem mais seguras quando percebem que são consideradas como pessoas e não apenas como doentes.

2. Atendimento médico:

- Considerar todos os dados da triagem;
- Se dois ou mais sinais de alerta para doença avançada e progressiva estiverem presentes (quadro 1), procurar se informar mais sobre a doença de base. Doentes com progressão rápida nas últimas semanas podem estar em processo ativo de morte por doença crônica em progressão e não se beneficiarão de medidas avançadas, ainda que apresentem sinais de infecção aguda pelo vírus;
- Neste caso, ser franco com o doente e familiar. Demonstrar sensibilidade ao explicar o contexto de gravidade, lembrando-lhes que há uma condição clínica extremamente séria em curso, que todo o possível para que o tratamento seja o mais adequado está sendo feito, considerando-se o cuidado para que não ocorram sintomas estressantes (quadro 3);

- Priorizar medidas de controle de sintomas e ficar atento à possibilidade de proximidade da morte do paciente. Morte iminente exige cuidados de final de vida, independentemente da causa;
- Pacientes que estão fora dos grupos de risco e clinicamente bem, devem receber atenção ao controle de sintomas.

D. Unidades de internação: alguns cenários possíveis.

1. Cenário 1 - Paciente estável e com melhora clínica:

Adotar medidas para controle de sintomas, oferecer informações à família e tranquilizar o doente, sempre assegurando o empenho em oferecer o melhor tratamento possível.

2. Cenário 2 - Paciente evoluindo com piora clínica, porém não elegível para medidas avançadas.

- Iniciar medidas de controle de sintomas, sobretudo da dispneia, cautelosamente, mas com eficiência. Uso de opioides, ansiolíticos e medidas não farmacológicas são ações prioritárias e indispensáveis neste contexto;
- Conversar franca e delicadamente com o doente e procurar manter a família dele informada de que há piora clínica e poucas chances de sobrevida, mas sempre assegurando que todos os cuidados estão sendo feitos para conforto;
- Conversar com a equipe e manter o paciente sob estrita vigilância de sintomas.

3. Cenário 3 - Paciente sob cuidados intensivos e com evolução desfavorável, com parâmetros que indicam mau prognóstico e evolução para morte

- Evitar novas medidas avançadas como elevar doses de aminas ativas, usar esquemas inadequados de antibióticos, adotar novos procedimentos invasivos. Além de não propiciarem benefício

adicional, podem levar ao sofrimento prolongado do doente, da família, da equipe e também ao profissional;

- Evitar falsas esperanças nas conversas com familiares, ainda que por telefone. Ser realista, mas abusar das orientações do quadro 3, sobre comunicação. Se for conversa por telefone, valer-se do tom de voz e ser acolhedor;
- Parar e refletir. O profissional está apenas lançando mão de uma recomendação ética preconizada no código de ética médica desde 2010.

4. Cenário 4 - E quando não houver recursos para todos?

- Esta situação pode ser minimizada se precocemente forem adotadas escolhas adaptadas e pautadas em adequação de recursos para doentes com doença crônica e em evolução. Mesmo assim, pode acontecer;
- Enquanto profissionais, é possível ser convocado a tomadas de decisões difíceis. Não se trata de escolha pessoal e nem individual. Nestes casos, é imprescindível primar pela ética, buscando embasamento criterioso para as ações escolhidas. Se acontecer, seguir as diretrizes definidas por autoridades sanitárias e oferecer sempre ao doente e a família os melhores recursos de palição para que não haja sofrimento desnecessário. Lembre-se: de que é possível fazer melhor o que pode ser feito e não aquilo que se gostaria de fazer mas não está ao alcance;
- Acolher-se, em caso de sentir-se mal por não ter ao alcance tudo o que se sabe que poderia ser necessário. O profissional ajuda muito mais se não decidir sofrer mais do que sofrem aqueles a quem decidiu ajudar;
- Lembrar que sedação profunda e contínua é exceção na prática do bom cuidado paliativo. Esse recurso só deve ser empregado diante de sintoma estressante para o doente e que não melhora com as

medidas orientadas nos esquemas terapêuticos 1 e 2 (ao final da cartilha). As doses baixas preconizadas nestes esquemas dificilmente irão sedar um doente, e não têm esta intenção;

- Para outros sintomas na fase final da vida, as recomendações do quadro 5 podem auxiliar na condução dos mesmos.

É primordial, ainda, cuidar-se muito bem, visto que a saúde física e mental dos trabalhadores é condição para se aproximar do outro, fazendo com que se sinta acolhido e seguro.

SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM PESSOAS AFETADAS POR PANDEMIAS

Em pandemias com risco de morte, o sofrimento pode ser causado tanto pela doença em si como pelas medidas necessárias para seu controle. Além da questão do isolamento e quarentena, os afetados podem ainda ter que lidar com estigmatização de suas comunidades pelo medo generalizado de contrair a doença.

O uso dos equipamentos de proteção individual e a distância necessária por parte dos profissionais de saúde podem parecer ameaçadores e contribuem para exacerbar sentimentos de solidão, tristeza e medo.

É necessário esclarecer que a assistência médica visa tanto a salvar vidas quanto aliviar o sofrimento. Nesse sentido deve-se incluir especialistas em saúde mental como parte do cuidado paliativo.

Vale considerar ainda que o estresse psicológico pode em si causar sintomas físicos, como dores de cabeça, nas costas, desconforto estomacal, etc. Em crianças o sofrimento pode se expressar como comportamento regressivo (como urinar na cama), irritabilidade, choro constante, agressividade, automutilação.

A comunicação clara e regular com paciente e família contribui para fortalecimento da confiança no serviço e nos profissionais, condição importante para conforto e amenização do sofrimento psíquico e que ajuda no enfrentamento da dor. Pacientes com capacidade de

tomada de decisão têm direito a todas as informações pertinentes à sua condição e tratamento em linguagem que eles possam entender.

Em qualquer circunstância os cuidados paliativos são uma ferramenta importante para prevenir sequelas psicológicas tanto ao paciente, quanto a sua rede socioafetiva. É importante estar preparado para não se irritar com o comportamento agressivo ou triste do paciente, assim como não o confrontar diretamente ou se envolver excessivamente.

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

QUADRO 1: Sinais de alerta para doenças crônicas e em evolução

CINCO SINAIS DE ALERTA PARA A PRESENÇA DE DOENÇAS PRÉVIAS EVOLUTIVAS:
1. Perda rápida de capacidade funcional nas últimas semanas.
2. Dependência significativa para atividades básicas.
3. Perda de peso significativa nas últimas semanas?
4. Presença de sintomas que exijam abordagem específica e não aliviam com tratamento da doença de base.
5. Internação hospitalar não eletiva por sua doença recorrente no últimos 12 meses.

QUADRO 2: Coleta de Biografia

BIOGRAFIA COMO PONTE DE CONEXÃO HUMANA:
1. Pergunte como prefere ser chamado e o nome do acompanhante.
2. Profissão ou ocupação mais frequente.
3. Onde mora (bairro ou região) e com quem mora.
4. Número de descendentes, quando houver (filhos e netos).
5. Busque por um ou dois elementos que favoreçam a empatia: Hábitos, atividades de lazer, o que mais gosta de fazer, algo sobre seu jeito de ser.
A Biografia não deve ser longa. Em 3 ou 4 linhas, um pequeno relato sobre a pessoa, que vai acompanhá-la em todo o seu atendimento.

QUADRO 3: Comunicação

PASSOS PARA UMA BOA COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA:
1. Lembre-se sempre que a pessoa e/ou seu familiar podem estar com muito medo ou assustados. Procure manter-se calmo. Legítima o seu medo.
2. Em atendimento presencial, fixe a pessoa nos olhos , cuide do seu tom de voz e fale pausadamente, dando um pouco de tempo para que a pessoa possa absorver a informação.
3. Acolha as reações. Elas não são dirigidas a você. Mas são fruto da situação que a pessoa está vivendo.
4. Seja simples . Evite ser prolixo e usar termos técnicos, independentemente do nível de escolaridade da pessoa.
5. Evite delegar à pessoa uma decisão que não lhe cabe neste momento. Não é uma questão de escolha. Mas de indicação médica.
6. Se a pessoa tiver argumentações diferentes da sua opção de tratamento, escute . É possível que elas contenham informações que podem lhe auxiliar a buscar um novo caminho. É tomar decisão mais prudente.

RECOMENDAÇÕES A EQUIPES MÉDICAS

QUADRO 4: Medidas para controle de sintomas

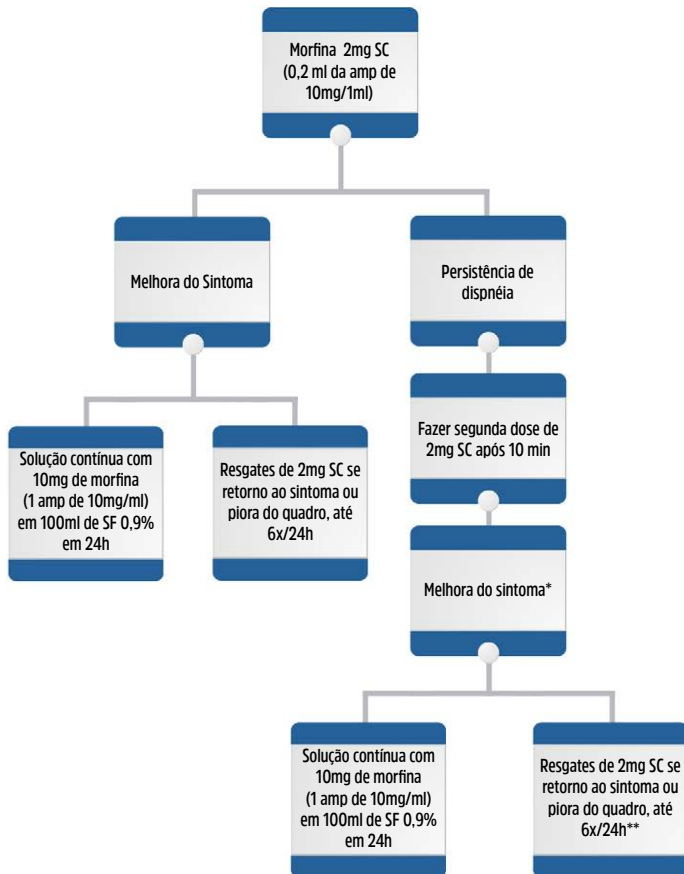
DISPNÉIA E TOSSE:
1. Avalie a intensidade da sensação de falta de ar pelo doente.
2. Oxigenioterapia melhora baixa saturação e suas consequências, incluindo delírium e ansiedade. Mas não alivia a sensação de dispnéia e nem a tosse.
3. Morfina em doses baixas é o medicamento mais eficaz no controle da dispnéia.
4. Se a pessoa estiver muito agitada e inquieta pela falta de ar, associe pequenas doses de midazolam.
5. Sua intenção é aliviar o sintoma do doente. Doses baixas e controladas de morfina e midazolam oferecidas em bolus subcutâneo ou em bomba infusora não provocam rebaixamento da consciência e são seguras, mesmo em idosos.

6. Siga os esquemas terapêuticos 1 e 2 para usar corretamente estes medicamentos.
7. Soluções centesimais de morfina com ajustes através de aumento de vazão NÃO DEVEM SER PRESCRITAS e não fazem parte do escopo do Cuidado Paliativo, porque podem por em risco a segurança do doente.
8. Doses extras ou de resgate devem ser oferecidas se não houver controle adequado dos sintomas, por via subcutânea e sempre que requerida, até seis vezes/dia.
9. A via Subcutânea em sala de urgência/emergência pode ser acessada através de seringas hipodérmicas, de modo semelhante à aplicação de insulina.
10. Infusão contínua pode ser prescrita por via subcutânea (hipodermóclise) ou endovenosa. Sendo a primeira acessível e indicada em qualquer sítio de atuação, inclusive em domicílio e hospitais de campanha, pela sua facilidade, baixo custo e segurança.

QUADRO 5: Outros sintomas no Final da Vida:

OUTROS SINTOMAS NO FINAL DA VIDA:
1. Aumento de secreções: Use escopolamina na dose de 80 a 120mg/dia (4 a 6 amp de 20mg/2ml) que podem ser administradas junto com morfina e midazolam.
2. Delírium: Use haloperidol na dose de 1mg por via SC a cada 12h, com resgates de 1mg, se necessário.
3. Delírium hiperativo/agitação psicomotora: Substitua o haloperidol por clorpromazina 25mg em bolus SC (sim, é possível fazer bolus de 5ml SC) e mantenha 50mg na infusão contínua de 24h. Ajustando dose, se necessário.
4. Dor: Provavelmente a dor ocasionada por mialgias será adequadamente controlada se houver uso da morfina. Que pode ser iniciada nas mesmas doses se houver dor sem dispnéia.
5. Febre: Seja generoso na dose da dipirona que pode chegar a 8gr/dia, se necessário.
6. Mantenha a sua tranquilidade e pense sempre que está fazendo o melhor por aquela pessoa, no final da sua vida.

Esquema terapêutico 1: Dispnéia – Morfina - Doses e Modo de usar ***:

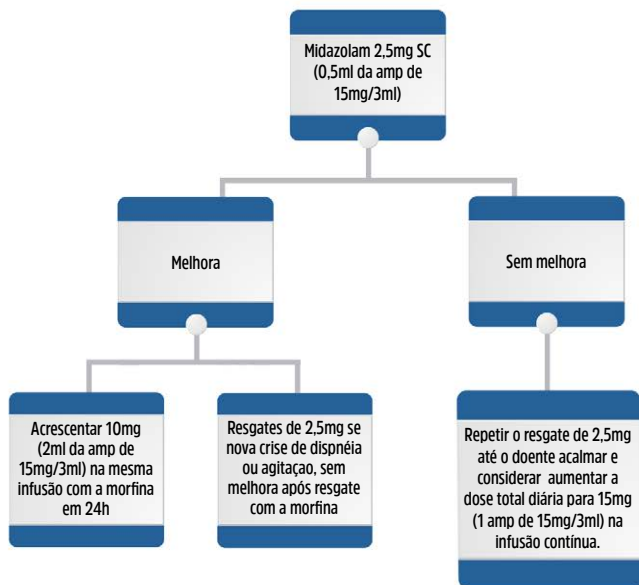


* Se não houver melhora, associar midazolam conforme esquema terapêutico 2.

** O próximo passo para ajuste na dose da morfina é usar resgates de 3 mg (0,3 ml da amp de 10mg/ml) e dose total de 30mg/24h (3 amp de 10mg/ml em 100ml de Sf 0,9%).

*** Em pacientes hepatopatas, nefropatas ou muito idosos (nonagenários e mais) considerar dose inicial e de resgate de 1mg SC (0,1 ml da amp de 10mg/ml) e infusão contínua de 5mg (0,5ml da amp de 10mg/ml) nas 24h.

Esquema terapêutico 2: Dispnéia – Midazolam – Doses e Modo de usar*.



* Neste contexto, doses baixas de midazolam não são consideradas como sedação. Apenas age como ansiolítico, ação complementar importante no controle da dispnéia.

Referências Bibliográficas

CHERMY N. et. al. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. 5th ed. Oxford: Oxford University, 2015.

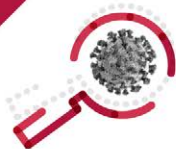
HIGHET, Gill et al. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. **BMJ supportive & palliative care**. London, United Kingdom, v. 4, n. 3, p. 285-290, 2014.

TWYXCROSS, R.; WILCOCK, A. Palliative care formulary (PCF4). **BMJ Case Reports**. London, UK, p. 2011, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises**: a WHO guide. [S.l]: World Health Organization, 2018. 107 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-the-response-to-humanitarian-emergencies-and-crises>. Acesso em: 14 ago. 2020.

O DISTANCIAMENTO SOCIAL E SEUS IMPACTOS





A QUARENTENA NA COVID-19: ORIENTAÇÕES E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Beatriz Schmidt, Bernardo Dolabella Melo, Carolyne Cesar Lima,
Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni, Ilana Katz,
Ionara Rabelo, Juliana Fernandes Kabad, Michele Souza e Souza,
Michele Kadri e Nicolly Papacidero Magrin*

Em pandemias, como a COVID-19, a quebra da cadeia de infecção é fundamental e exige a separação entre indivíduos sadios e doentes. Esse processo pode ser alcançado por meio de medidas de separação física, como isolamento, quarentena e distanciamento social. Essas importantes medidas de saúde pública, embora semelhantes, não são sinônimas.

- **Isolamento** se refere à separação dos infectados ou daqueles que apresentam sintomas característicos da doença, de indivíduos sadios.
- **Quarentena** significa separar e restringir a movimentação de indivíduos já expostos a situações com potencial de contágio.
- **Distanciamento social**, por sua vez, consiste em um esforço consciente para reduzir o contato e aumentar a distância física entre pessoas, a fim de diminuir a velocidade de contágio.

Em pandemias, o distanciamento social deve ser respeitado, mesmo quando não existe nenhum sintoma aparente e as pessoas não estejam em um grupo de risco. Quando aliado à recomendação de máxima permanência em casa, de forma a realizar apenas saídas essenciais e evitar locais públicos ou aglomerações, o distanciamento social ganha o nome de abrigo no lugar.

Visto que, na prática, essas medidas de separação física têm o mesmo propósito de conter a disseminação da infecção, na presente cartilha, todas essas denominações serão consideradas sinônimos de quarentena.

As medidas de isolamento social, embora baseadas em evidências científicas e essenciais para a proteção da saúde da população, podem impactar a saúde mental daqueles que as experienciam. Nesse sentido, é importante avaliar as possíveis consequências psicológicas dessas medidas e propor estratégias de promoção da saúde mental e de atenção psicossocial a curto, médio e longo prazo. Tais consequências

psicológicas podem ser potencializadas pelas repercussões psíquicas que a própria pandemia já produz, bem como suavizadas de acordo com as medidas de contingência e enfrentamento utilizadas. Desse modo, as políticas públicas adotadas pelos governos têm impacto direto na experiência de saúde mental das pessoas. Compreende-se que, nas circunstâncias atuais, parte dos cuidados necessários para a promoção da saúde mental deve ser garantida pelo Estado, através de políticas públicas que possam responder à situação de emergência.

Uma das grandes aliadas do processo de estabilização emocional, no início da fase de resposta a uma pandemia, é a confiança estabelecida em protocolos e orientações das autoridades sanitárias à população em geral e aos trabalhadores da linha de frente. Essa relação potencializa a sensação de ser cuidado e, ao mesmo tempo, evoca o sentimento de altruísmo ao cuidar dos outros na medida em que se evita sair de casa.

Estudos realizados na China durante a pandemia evidenciaram que a confiança nas autoridades sanitárias também favorece a capacidade da população para lidar com os impactos do isolamento social, aumentando a efetividade dessas medidas, visto que fatores psicológicos e hábitos socioculturais podem levar as pessoas a não aderirem aos protocolos.

Assim, destaca-se que as informações transmitidas à população devem ser claras e suficientes, para favorecer a compreensão sobre as características da doença, as formas de prevenção e a importância das medidas de isolamento social, dado que o nível de entendimento das pessoas sobre esses aspectos se associa aos comportamentos que elas apresentam. Isso pode prevenir condutas inapropriadas e exposição a riscos desnecessários, bem como reações psicopatológicas a curto, médio e longo prazo.

Ademais, informações sobre estressores relacionados à doença, dificuldades de adaptação às restrições necessárias durante a pandemia, emoções negativas que tendem a emergir e estratégias para promoção de bem-estar psicológico, também podem ser amplamente

divulgadas à população. Nessa direção, salienta-se ainda a necessidade de implementação de ações de cuidado à saúde mental e de atenção psicossocial (SMAPS), de forma a evitar que sejam negligenciados possíveis sintomas e reações psíquicas, assim como medidas protetivas subsequentes.

IMPACTOS DO DISTANCIAMENTO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL E NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As medidas de distanciamento social são frequentemente consideradas desagradáveis por quem as experiencia. A mudança brusca nas atividades do dia a dia (ex., rotina de trabalho, estudos e convívio comunitário), por vezes sem previsão de quando ocorrerá o retorno à “vida normal”, pode provocar sofrimento e insegurança, visto que é preciso lidar com o futuro imprevisível. Além disso, a diminuição das interações face a face tende a gerar a sensação de isolamento social, a qual é comumente acompanhada pela sensação de isolamento emocional e de privação de liberdade.

Essas consequências podem ser agravadas para pessoas que apresentam fragilidades nas redes socioafetivas, instabilidade no emprego e dificuldades financeiras, ou mesmo que não contam com um local adequado para se manter em distanciamento social (ex., domicílio com espaço apropriado para o número de moradores, iluminado, em que há acesso a suprimentos, tais como água, comida, roupas, medicamentos e recursos necessários para a vida diária e para a prevenção ou o tratamento da infecção). Além de poderem intensificar as emoções negativas, esses fatores também tendem a prejudicar a adesão às medidas de distanciamento social.

A rápida mudança nos modos de vida habituais pode contribuir para o desencadeamento de reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Adicionalmente, o medo de ser acometido por uma doença potencialmente fatal, cuja causa e progressão ainda são pouco conhecidas, afeta o bem-estar psicológico das pessoas. Em certa

medida, quando experienciadas de maneira leve, essas reações podem atuar como fatores de proteção, pois levam a comportamentos mais cautelosos no que diz respeito à exposição aos riscos de contágio.

Estudos têm revelado ainda que outros sintomas psicológicos são recorrentes em situações de distanciamento social, a saber: solidão, desesperança, angústia, exaustão, irritabilidade, tédio, raiva e sensação de abandono. Observa-se também maior probabilidade de ocorrência de distúrbios do sono, abuso de substâncias psicoativas e ideação suicida, bem como agravamento de transtornos mentais preexistentes.

A experiência de confinamento tende a gerar consequências e implicações para as relações interpessoais. As restrições a deslocamentos, a suspensão de atividades em escolas, locais de trabalho ou de convívio comunitário intensificam o contato entre as pessoas residentes no mesmo domicílio. Em alguns casos, essa condição amplifica a exposição a situações de violência, principalmente para pessoas que ficam expostas à presença de agressor no domicílio.

A situação produzida na pandemia dificulta a realização de denúncias e, conseqüentemente, a atuação dos órgãos da rede de enfrentamento à violência nesse período. Portanto, as repercussões negativas do distanciamento social podem se prolongar mesmo após o fim dessa situação, sendo necessários acompanhamento e tratamento especializados.

Durante a vigência das medidas de distanciamento social, alguns estressores costumam dificultar ainda mais a adaptação às restrições necessárias e, por conseguinte, aumentar a probabilidade de ocorrência de sintomas psicológicos. Nesse sentido, destacam-se:

- Duração prolongada das medidas de distanciamento social;
- Medo de ser infectado e de infectar outras pessoas;
- Frustração e tédio pela perda da rotina usual;

- Informações insuficientes ou inadequadas;
- Suprimentos insuficientes ou inadequados;
- Dificuldade para acesso ou fragilidade no apoio da rede socioafetiva.

A fim de prevenir impactos negativos à saúde mental da população, convém adotar precocemente estratégias de enfrentamento, permitindo uma melhor adequação à realidade do distanciamento social. Essas recomendações potencializam a produção de estabilização emocional de forma autônoma, evitando, na maior parte dos casos, a necessidade de cuidados especializados.

Considerando a instabilidade dos cenários em decorrência da pandemia COVID-19, o volume de informações e as mudanças constantes experienciadas, é esperado que as pessoas apresentem queda na capacidade de concentração, bem como sensação de letargia, o que, muitas vezes, leva à diminuição do interesse para realizar atividades cotidianas.

Com o objetivo de favorecer a adaptação aos desafios impostos na vigência das medidas de distanciamento social, a seguir são elencadas algumas estratégias que podem ser adotadas conforme necessidades individuais e coletivas. É necessário observar que essas recomendações estratégicas não devem assumir um caráter obrigatório e, sobretudo, devem ser adaptadas às condições de cada família.

- Estabelecer uma rotina diária para si e para a família, incluindo rotina de alimentação e sono. O planejamento auxilia no enfrentamento do estresse, uma vez que aciona a sensação de retomada de controle e favorece a tomada de decisões de maneira consciente. Uma rotina estabelecida de maneira intencional, com descrição das tarefas, assim como da sua duração, possui maior efeito do que aspirações gerais sobre o que deve ser feito. O planejamento da rotina é essencial sobretudo em famílias com crianças, na medida em que proporciona certa previsibilidade nas atividades cotidianas. Ademais,

para favorecer a adaptação das crianças às restrições do período, é importante que elas compreendam os motivos para o distanciamento social;

- Realizar exercícios físicos. Evidências sugerem que exercícios podem aumentar a capacidade de resiliência dos idosos, bem como diminuir o risco de surgimento de sintomas de depressão e ansiedade. Além disso, exercícios auxiliam na manutenção do status de saúde, contrapondo as consequências negativas de determinadas doenças, tais como doenças cardiovasculares e respiratórias;
- Realizar exercícios cognitivos, cursos *on-line* e leitura de livros. Utilizar o período de reclusão física para estimular a capacidade cognitiva tende a promover a sensação de produtividade e controle. Diante disso, denota-se a importância de viabilizar, no período da pandemia, internet gratuita e universal à população;
- Realizar exercícios de relaxamento. Atividades como exercícios de respiração e meditação auxiliam no controle do estresse e no reenquadramento do foco no momento presente, potencializando a sensação de controle;
- Buscar conteúdos e práticas que reestabeleçam a confiança em si mesmo, seja de ordem intelectual, terapêutica, religiosa, espiritual, entre outras, que auxiliem na identificação de recursos internos para o enfrentamento saudável das demandas do período;
- Manter uma alimentação saudável, sempre que possível. A alimentação equilibrada contribui para a manutenção de uma boa saúde física e mental, fortalecendo o sistema imunológico e auxiliando na diminuição dos impactos negativos a médio e longo prazo;
- Eleger alguns canais de comunicação confiáveis para buscar notícias. A informação possui grande importância para a tomada de decisão. Portanto, é preciso eleger canais confiáveis para obtê-las. Sugere-se optar por órgãos de saúde oficiais, como a FIOCRUZ, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde;

- Limitar o tempo gasto buscando informações. O excesso de informações aumenta a sensação de ansiedade e angústia. O ideal é buscar informações por tempo preestabelecido, por exemplo, uma a duas vezes por dia, durante 30 minutos;
- Questionar informações que não possam ser verificadas. Toda informação recebida deve ser verificada nos canais confiáveis de informação. Acreditar em rumores pode levar a uma tomada de decisão equivocada, aumentando a chance de exposição a riscos desnecessários;
- Planejar suprimentos. A ausência de suprimentos adequados é um fator estressante, já que aumenta a sensação de vulnerabilidade e a exposição ao risco de contaminação. Sempre que possível, é importante calcular os suprimentos necessários para a família, de maneira a garantir as necessidades de cada um dos membros por um período que varia de acordo com as recomendações das autoridades sanitárias. O planejamento também tem a função de evitar o acúmulo de produtos desnecessários e o desabastecimento dos estabelecimentos comerciais essenciais, como mercados e farmácias;
- Estar atento no consumo de bebidas alcoólicas. As medidas restritivas de circulação tendem a desencadear o aumento no consumo de bebidas alcoólicas. Para aqueles com padrão prévio de consumo moderado, a alteração na rotina pode provocar maior consumo, uma vez que “todos os dias são iguais”. Enquanto substâncias como tabaco, metanfetamina e cocaína aumentam a vulnerabilidade para infecções e, conseqüentemente, referem-se a comorbidades na COVID-19, devido aos efeitos na capacidade pulmonar, o etilismo crônico se associa à imunodepressão. Em indivíduos com história pregressa de uso/abuso de substâncias, sintomas ansiosos e depressivos, assim como alterações do sono, as medidas de distanciamento social podem ser consideradas fatores de risco para recaídas;
- Estabelecer um tempo de convivência com os moradores da casa. Instituir momentos de lazer e recreação, conversar, trocar

informações, ler livros e assistir a filmes, podem ser boas maneiras de manter contato com os moradores da mesma casa de maneira saudável, diminuindo a tensão e a possibilidade de conflitos;

- Estabelecer contatos telefônicos ou *on-line* (ex., via aplicativos de mensagens), enquanto contatos face a face não forem possíveis. A manutenção e o fortalecimento das conexões interpessoais, ainda que de forma não presencial, pode diminuir os impactos negativos das medidas de distanciamento social e proteger a saúde mental;
- Prestar atenção nos próprios sentimentos e necessidades. É necessário atentar nos limites e nas angústias, a fim de traçar estratégias para mitigação. A percepção dos sentimentos permite reavaliar as medidas protetivas e buscar auxílio, caso necessário;
- Lembrar que o distanciamento social, mais do que uma obrigação ou imposição, é um ato de altruísmo e de cuidado individual e coletivo. A cooperação aumenta a confiança e a adesão às recomendações de saúde;
- Participar de grupos de apoio *on-line* ou buscar apoio especializado. Grupos de apoio virtual podem auxiliar no processo de estabilização emocional e no reenquadramento de projetos e planos;

As reações psicológicas esperadas nesse tipo de evento podem ser agravadas com o aumento do tempo necessário de distanciamento social. Contudo, o estresse e o medo, quando manejados adequadamente, possuem papel importante na manutenção da vida e do foco nas atividades a serem realizadas. Nesse sentido, a identificação de recursos internos previamente utilizados e que foram bem sucedidos é fundamental para um desfecho favorável em termos de saúde mental.

Referências Bibliográficas

ASMUNDSON, G. J. G.; TAYLOR, S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. **Journal of anxiety disorders**, New York, USA, v. 70, p. 102196, 2020. DOI 10.1016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300104?via%3Dihub> Acesso em 13 ago. 2020

BANERJEE, D. The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrists can play. **Asian journal of psychiatry**, Amsterdam, v. 50, p. 102014, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102014>. Acesso em: 13 ago. 2020

BAO, Y. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **The Lancet**, London, England, v. 395, n. 10224, p. e37-e38, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)

BARARI, S. et al. Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: self-reported compliance and growing mental health concerns. **medRxiv**, Cold Spring Harbor, USA 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1101/2020.03.27.20042820>. Acesso em: 14 ago. 2020

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, London, England. 2020. Disponível em [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em 14 ago. 2020

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. Centro de Referência sobre Apoio Psicossocial. **Primeiros cuidados psicológicos, remotos, durante o surto de COVID-19: Orientações provisórias**. IFRC, 2020. Disponível em: <https://pscentre.org/wp-content/uploads/2020/03/IFRC-PS-Centre-Remote-PFA-during-a-COVID-19-Interim-Guidance-Portuguese.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

HAWRYLUK, L. et al. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. **Emerging infectious diseases**. Atlanta, USA. v. 10, n. 7, p. 1206, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC323345/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

HO, C. S. H.; CHEE, C. Y.; HO, R. C. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. **Ann Acad Med Singapore**, Singapore, Malaysia v. 49, n. 1, p. 1-3, 2020. Disponível em: <http://www.annals.edu.sg/pdf/49VolNo3Mar2020/V49N3p155.pdf> Acesso em 14 ago. 2020

HOSSAIN, M. M.; SULTANA, A.; PUROHIT, N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. **Epidemiology and health**, Goyang, South Korea, v. 42, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31234/osf.io/dz5v2>. Acesso em 14 ago. 2020

HUREMOVIĆ, D. **Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak**. Switzerland. Cham: Springer. 2019

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19**: versão 1.5, março de 2020.

Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

JEONG, H. et al. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. **Epidemiology and health**. Goyang, South Korea, v. 38, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4178/epih.e2016048>. Acesso em: 13 ago. 2020

JILOHA R. C. COVID-19 and mental health. **Epidemiology International**, Uttar Pradesh, Índia 2020; v. 5, n. 1, p. 7-9. Disponível em: <http://medical.advancedresearchpublications.com/index.php/EpidemInternational/article/view/256/221>. Acesso em: 14 ago. 2020

JIMÉNEZ-PAVÓN, D.; CARBONELL-BAEZA, A.; LAVIE, C. J. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: special focus in older people. **Progress in cardiovascular diseases**, Amsterdam, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.03.009>. Acesso em: 14 ago. 2020

LUNN, P. D. et al. Using behavioral science to help fight the Coronavirus. **Journal of Behavioral Public Administration**. New Jersey, USA, v. 3, n. 1, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SHOJAEI, S. F.; MASOUMI, R. The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. **Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies**, Semnan, Iran, v. 7, n. 2, 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.5812/mejrh.102846>. Acesso em: 14 ago. 2020

Soupin, E. Com isolamento, venda e consumo de bebidas alcoólicas aumenta no Rio. **G1 Rio de Janeiro**. 03 abr. 2020. Notícia. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/04/03/com-isolamento-venda-e-consumo-de-bebidas-alcoolicas-aumenta-no-rio.ghtml>. Acesso em: 14 ago. 2020.

TAYLOR, S. **The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease**. Cambridge, England: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

USHER, K.; BHULLAR, N.; JACKSON, D. Life in the pandemic: social isolation and mental health. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, England, v. 29, n.1 5/16, 2020. Disponível em: <https://on-linelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.15290>. Acesso em: 14 ago. 2020.

VOLKOW, N. D. Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. **Annals of internal medicine**, Michigan, USA, v. 173, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/M20-1212>. Acesso em: 13 ago. 2020.

WANG, C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. **International journal of environmental research and public health**, Basel, Switzerland v. 17, n. 5, p. 1729, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/> Acesso em: 14 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Facilitation manual:** psychological first aid during Ebola virus disease outbreaks. World Health Organization, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144725/9789241548977_eng.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak**, 18 mar. 2020. World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>. Acesso em: 12 de ago. 2020.

ZHANG, C. et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in Psychiatry**. Beijing, China v. 11, p. 306, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.00306/full>. Acesso em: 14 ago. 2020.



VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR NA COVID-19

***Pesquisadores colaboradores de Atenção Psicossocial e Saúde Mental do
Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde
(CEPEDES/Fiocruz), Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge
Careli (Claves/Fiocruz) e Programa de Investigação Epidemiológica em
Violência Familiar (PIEVF-IMS/UERJ):***

*Bernardo Dolabella Melo, Carolyne Cesar Lima, Claudia Leite de Moraes,
Cristiane Batista Andrade, Daphne Rodrigues Pereira, Edinilsa Ramos de Souza,
Fernanda Mendes Lages Ribeiro, Fernanda Serpeloni, Joviana Quintes Avanci,
Juliana Fernandes Kabad, Kathie Njaine, Suely Ferreira Deslandes,
Miriam Schenker, Michele Souza e Souza, Nicolly Papacidero Magrin,
Simone Gonçalves de Assis, Valeska Zanello, Vera Lucia Marques
da Silva, Michele Kadri e Ionara Vieira Moura Rabelo*

A violência é um fenômeno social, complexo e multifatorial que afeta pessoas, famílias e comunidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a violência como um problema de saúde pública. Em situações de pandemia, tais como da COVID-19, os indicadores de países como China, Espanha e Brasil evidenciam que os casos de violência já existentes se agravam e, ao mesmo tempo, emergem novos casos. Na China, os números da violência doméstica triplicaram; na França houve um aumento de 30% das denúncias e, no Brasil, estima-se que as denúncias tenham aumentado em até 50%. A Itália, assim como os demais países, também indicou que as denúncias de violência doméstica estão em ascensão (CAMPBELL, 2020).

A pandemia tem desencadeado alterações bruscas na vida das famílias e da sociedade em geral. Medidas de quarentena e restrições nos deslocamentos, necessárias para prevenir ou diminuir a taxa de transmissão da COVID-19, perturbam a rotina de modo geral, adicionando novos focos de tensionamento e estresse. As crianças, em geral, estão fora da rotina escolar/creche, com acesso restrito a atividades de grupo e esportes. Homens e mulheres estão em trabalho remoto ou impossibilitados de trabalhar, o que também implica em sobrecarga, desafios na conciliação de rotinas e exigências com a casa e com cuidados com crianças e outros membros da família. Sendo assim, é possível que as pessoas sintam preocupação recorrente sobre ser infectado, ficar doente, como garantir a subsistência, como encontrar novas opções de cuidados aos idosos e crianças, entre outras. É importante ressaltar que a pandemia atinge as famílias de forma desigual, dependendo de marcadores sociais como gênero, cor da pele, etnia, faixa etária, renda e estrato social.

As mesmas medidas de distanciamento social que podem desacelerar a contaminação pelo novo Coronavírus também podem aumentar as taxas de tentativas de suicídio, podendo ser listados como fatores de risco: estresse econômico, diminuição do acesso às redes socioafetivas, diminuição do acesso a tratamentos de saúde mental (cancelamento de

consultas e restrição de atendimentos na Rede de Atenção Psicossocial - RAPS), problemas graves de saúde física prévios à infecção e excesso de cobertura midiática na COVID-19 podendo passar a impressão que demais serviços de saúde estariam desativados. Além disso, é preciso considerar a elaboração de estratégias de prevenção e suporte aos profissionais da saúde, uma vez que estudos mostram que já há elevadas taxas de suicídio nesse grupo e que, durante a pandemia, novos desafios se colocam por estarem atuando na linha de frente (REGER; STANLEY; JOINER, 2020).

É importante ressaltar que existem outros grupos vulneráveis durante a pandemia da COVID-19, além de mulheres, crianças e idosos em situação de violência familiar, em função da violência estrutural que atravessa o Brasil e que se expressa na desigualdade social, os deixando muito mais expostos ao adoecimento e à violência. Algumas populações que já acumulam discriminações e têm acesso dificultado aos serviços de saúde e a outros direitos sociais constitucionalmente garantidos estão entre as pessoas com baixa renda, vivendo em assentamentos informais, minorias, indígenas, migrantes e refugiados, pessoas privadas de liberdade, pessoas com deficiência, LGBTI, população em situação de rua, entre outros.

É fundamental que os profissionais das redes de proteção e cuidado às pessoas em situação de violência estejam cientes dos riscos deste aumento durante a pandemia e que são atores importantes na identificação e acompanhamento dessas pessoas. De acordo com a OMS, a violência pode ser de natureza física, sexual, psicológica, em forma de privação ou abandono. As diferentes situações de violência, abordadas a seguir, podem ser detectadas por professores, vizinhos, família estendida, voluntários do terceiro setor e equipes da assistência social e saúde, conselheiros tutelares e demais profissionais durante acompanhamento de famílias ou mesmo quando acionados pelas linhas telefônicas disponibilizadas para acessar serviços públicos.

O objetivo desta cartilha é oferecer subsídio aos profissionais da rede de proteção e cuidado às pessoas em situação de violência, bem como aos gestores e a todos os envolvidos nas resposta à COVID-19, reforçando as ações voltadas às pessoas em situação de violência doméstica e familiar durante a crise.

COMO OS SERVIÇOS DAS REDES DE PROTEÇÃO E CUIDADO PODEM LIDAR COM OS CASOS DE VIOLÊNCIA?

Os profissionais que atuam nas políticas públicas têm papel estratégico na prevenção das violências e podem ser os únicos a terem contato com as pessoas vulneráveis neste momento de pandemia. Por isso, é importante estar atento às diferentes expressões da violência e às estratégias de cuidado disponíveis durante as possíveis fases da pandemia, a fim de possibilitar o acolhimento e a escuta, viabilizando a ajuda e formando uma rede de apoio.

Os serviços das redes intrasetorial – saúde – e intersetorial – assistência social, educação, sociedade civil organizada e terceiro setor – são fundamentais na busca de estratégias de proteção, oferecendo apoio médico, psicológico, jurídico e de assistência social. É importante ter em mãos os contatos dos serviços de emergência em saúde disponíveis durante a pandemia e certificar-se de que são capazes de oferecer a ajuda solicitada, assim como de outros setores que podem ser necessário nesse apoio e cuidado.

É imprescindível propor medidas de proteção para os diferentes grupos nos planos de contingência durante a COVID-19. Fortalecer a capacidade para o atendimento clínico e psicossocial para pessoas vítimas de estupro, garantir que os recursos mínimos necessários estejam disponíveis em serviços de referência e que hajam protocolos de biossegurança para resposta adequada à violência sexual.

Os serviços de saúde precisam notificar à autoridade sanitária competente no caso de suspeita ou confirmação de violência (Portaria

GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0). De acordo com o Instrutivo do Sistema de Vigilâncias de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde (2016), são agravos de notificação compulsória as seguintes violências: doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada (tentativa de suicídio), tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as fases da vida. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBTI.

A notificação compulsória de violência no âmbito da saúde é um instrumento de garantia de direitos. Tão importante quanto a notificação da suspeita de violência é a realização do acolhimento, da orientação, do apoio à pessoa em situação de violência e do seguimento na rede intrasetorial de proteção e cuidado. A ficha de notificação precisa ser um instrumento disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência e, por essa razão, é importante certificar-se que essa rede está funcionando durante a pandemia a fim de não vulnerabilizar ou expor ainda mais aquele(a) que demanda o cuidado.

Além da notificação, interna à saúde, a comunicação aciona a rede intra e intersetorial e a denúncia, esferas policiais e ou de justiça. É preciso estar atento ao que preconiza cada legislação específica. Os casos de violência contra crianças e adolescentes, pessoas idosas e deficientes, além de notificados, devem também ser comunicados às autoridades competentes. No caso de crianças e adolescentes, é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar (artigo 13 da Lei 8.069/1990) que tem como atribuição verificar a situação e acionar o Ministério Público, a Autoridade Policial e/ou a Justiça, quando houver necessidade. O Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741 de 01/10/2003) estabelece que os casos de violência praticada contra idosos serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial, Ministério Público e/ou Conselho da Pessoa Idosa (artigo 19). Quanto às pessoas com deficiência, a Lei nº

13.146 de 06/07/2015 também determina que a Autoridade Policial seja acionada. No caso de mulheres adultas que não sejam nem idosas nem tenham deficiência, as equipes de saúde devem informar sobre os serviços da rede intersetorial de proteção social e sobre a importância da denúncia, mas não devem comunicar ou denunciar o caso sem a sua autorização. **Em todos os casos, o atendimento deve respeitar a autonomia da mulher e seu direito de escolha e obedecer às normativas do Ministério da Saúde. (Vale destacar que a lei 13.931/19 traz novos elementos a esse debate).**

Todos os serviços públicos de atendimento à população devem mapear os parceiros intersetoriais, serviços e/ou locais que possam atuar conjuntamente no enfrentamento das violências durante a pandemia. Em caso de dúvida sobre quais órgãos atendem pessoas em situação de vulnerabilidade, é possível consultar: Secretarias de Saúde, Secretarias de Assistência Social, Secretarias da Equidade e/ou Mulher, Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacias Especializadas, Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos do seu município ou órgão correlato, para este levantamento.

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS

O local onde as crianças mais vivenciam violência é dentro de casa. Evidências mostram que a violência e a vulnerabilidade das crianças aumentam durante os períodos de encerramento escolar associados a emergências complexas, as quais aproximam-se das características da pandemia da COVID-19. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, enquanto o aumento da violência contra mulher tem sido detectado por pesquisas no 190, registros de feminicídio e análise no Twitter, o mesmo não tem ocorrido no caso da violência contra crianças, onde percebe-se uma diminuição significativa das denúncias de abuso ou negligência. Tais dados podem indicar uma diminuição das oportunidades de detecção e denúncia e não a diminuição de

incidência de violência. O fechamento de escolas e outras organizações comunitárias tem limitado a capacidade dos principais parceiros das comunidades em detectar e denunciar abusos. Nos Estados Unidos, 67% das denúncias de abuso ou negligência contra crianças provêm de profissionais que prestam serviços a vítimas e 19% de profissionais que atuam na área da educação (CAMPBELL, 2020). No Brasil, a pandemia de COVID-19 pode agravar os riscos de ocorrência de violência contra crianças e adolescentes em função de diversos fatores:

- O distanciamento social e a quarentena restringem recursos, muitas vezes, essenciais aos pais no cuidado com as crianças, como creches, escolas, associações e organizações comunitárias, familiares, amigos, vizinhos e demais componentes da rede social de apoio, dificultando, ainda mais, o compartilhamento do cuidado e aumentando a demanda parental;
- O impacto econômico negativo nas famílias, o qual tende a aumentar e gerar preocupações sobre a garantia de subsistência;
- O tempo e a intensidade do confinamento, o qual pode aumentar o estresse psicológico entre pais/responsáveis e membros da comunidade, levando ao aumento de conflitos interpessoais;
- O aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente familiar tende a aumentar a probabilidade de ocorrer violência (psicológica, física e sexual), pois a capacidade de contenção dos próprios atos pode encontrar-se reduzida;
- Medidas de quarentena, podem criar medo ou mesmo pânico nos pais/responsáveis, na comunidade e, especialmente, entre crianças se estas não receberem informações de acordo com sua faixa etária.

Nesse momento de pandemia, tem-se noticiado um número expressivo de pedófilos nas redes sociais digitais. Desse modo, aponta-se a necessidade de manter a atenção redobrada no cuidado de crianças e adolescentes que estão fazendo uso das tecnologias. Na Europa, por

exemplo, foi noticiado aumento da procura de material com conteúdo de abuso infantil na internet.

As consequências da violência familiar, as quais podem incluir desde mal estar psicossocial a situações mais graves que envolvem traumas psicológicos e repercussões físicas de diversas naturezas, traz prejuízos ao crescimento e desenvolvimento e, dependendo da gravidade, podem levar à morte.

ORIENTAÇÕES PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DAS REDES DE PROTEÇÃO E CUIDADO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Políticas públicas intersetoriais devem garantir emprego e renda, auxílios emergenciais e segurança alimentar para famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. Os três entes federados precisam se preparar e garantir o seguimento do acompanhamento de famílias em relação às quais foi registrada alguma violação de direitos, bem como implementar planos de cuidados integrais em saúde física e mental a crianças e adolescentes em situação de rua, em processo de migração, em situação de acolhimento e/ou em privação de liberdade durante a pandemia de COVID-19. Ressalta-se a importância de implementar políticas de garantia de afastamento do trabalho de pais e mães de crianças em idade escolar que estejam atuando em serviços essenciais.

Os primeiros cuidados de atenção psicossocial podem ser realizados por qualquer profissional das redes de proteção e cuidado a crianças e adolescentes. Envolve escuta atenta e sem julgamentos a fim de buscar formas para reduzir a vulnerabilidade social por meio da garantia de necessidades básicas, bem como manejar o estresse agudo que as famílias possam enfrentar durante a pandemia da COVID-19. Recomenda-se às famílias que forneçam às crianças e adolescentes informações sobre o que está acontecendo de uma maneira tranquilizadora, honesta e apropriada à sua idade e que se busque transmitir a sensação de confiança e tranquilidade sem omitir a seriedade da situação. Na linha de atenção psicossocial, são orientações possíveis de serem oferecidas aos pais/responsáveis:

Procurar manter uma **rotina** com as crianças e adolescentes. Em períodos de quarentena, ajudar a criar um novo ambiente, incluindo aprender, brincar e relaxar. Procurar, na medida do possível, investir em diversões conjuntas com eles. Negociar o uso de telefones celulares e mídias virtuais. A internet é uma fonte de contato social, de contato social, crianças e adolescentes podem se sentir isolados se estiverem fora das redes sociais, sendo importante conversar com eles e combinar - conjuntamente - o tempo razoável para o uso de internet e para outras atividades. Os adultos devem prestar atenção no uso dessas mídias. Se possível, dividir entre os adultos da casa as tarefas de acompanhamento e cuidado das crianças menores, evitando sobrecarregar uma pessoa só. É importante que os genitores ou cuidadores tenham ao menos um momento do dia para si próprios, para exercerem o autocuidado. Mães que vivem sós com os filhos podem tentar desenvolver atividades em que a(s) criança(s) possa(m) brincar sozinha(s) por um tempo, por exemplo: colagens, desenho, prestando atenção ao uso de materiais que possam oferecer risco.

Desenvolver a **escuta ativa** é uma atitude de compreensão com os filhos. Crianças podem responder a uma situação difícil/perturbadora de diferentes maneiras: apegando-se aos cuidadores, sentindo-se ansiosas, irritadas ou agitadas, afastando-se, tendo pesadelos, urinando na cama, tendo mudanças frequentes de humor, entre outros sentimentos e comportamentos. Procurar ajudar os filhos a encontrarem maneiras de expressar sentimentos perturbadores, como raiva, medo e tristeza, por meio de um ambiente de apoio e segurança. Envolver-se em atividades criativas como brincar, desenhar, fazer teatro e cantar podem facilitar o processo de expressão dos sentimentos. Lembrar que as crianças, geralmente, seguem as pistas emocionais dos adultos de referência, portanto, o modo como os adultos respondem à pandemia é fundamental.

Buscar **dialogar com profissionais da rede de proteção e cuidado** ou com pessoas com que tenham confiança como representantes de organizações sociais e comunitárias (por exemplo, grupos de pais, igrejas, etc). Essas organizações podem ser uma fonte de apoio para as famílias

que vivenciam situações de violência ou que estão sob extremo estresse. Em situações onde os direitos são violados é importante refletir junto ao Conselho Tutelar ou a profissionais disponíveis no Disque 100 sobre quais são os encaminhamentos de proteção e de cuidado possíveis durante a pandemia. Devido ao crescente número de denúncias de violações dos direitos humanos relacionadas à COVID-19, o Disque 100 criou um canal específico para atender à demanda associada à pandemia.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Estima-se que um terço das mulheres, no mundo, vivenciarão violência física e/ou sexual em algum momento da vida. A violência cometida pelo parceiro íntimo é a forma mais comum. A OMS alerta que a violência contra a mulher vem aumentando desde o início da pandemia de COVID-19. Em Jingzhou, uma cidade na província de Hubei/China, os casos de violência doméstica triplicaram em fevereiro de 2020 comparado ao mesmo período no ano anterior. No Brasil, o aumento da violência contra a mulher, ao longo do primeiro mês da pandemia, também tem sido noticiado. Ao mesmo tempo, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública reportou diminuição dos registros de boletins de ocorrência por violência doméstica nos primeiros dias de isolamento. Porém, os números de feminicídios e homicídios femininos apresentam crescimento, indicando o aumento da violência doméstica e familiar.

A violência familiar envolve uma complexidade de fatores individuais, relacionais, sociais e culturais. Destacam-se aqui alguns que se interrelacionam ao aumento do risco de violência contra a mulher durante a pandemia:

- As mulheres podem passar a ter menos contato com sua rede socioafetiva, afastamento que pode favorecer a perpetração de violências;

- O homem e/ou a mulher podem ter o sustento da família limitado ou ameaçado, resultando no aumentando do estresse e no agravamento da convivência conflituosa e/ou violenta;
- Os agressores podem se utilizar das restrições recomendadas para controle da pandemia como meio para exercer poder e controle sobre as parceiras, reduzindo ainda mais seu acesso aos serviços e ao apoio psicossocial. Dessa forma, as mulheres podem enfrentar obstáculos ainda maiores para se defenderem ou acionarem medidas de proteção;
- Durante o isolamento social é possível que haja aumento no consumo de álcool e outras drogas no ambiente familiar, podendo elevar a probabilidade de ocorrer violência;
- O acesso aos serviços de atendimento à mulher em situação de violência podem estar limitados devido aos esforços de enfrentamento à COVID-19, reduzindo o alcance a fontes de ajuda;
- Deve-se considerar que as diferenças sociais como cor da pele, classe social, orientação sexual, identidade de gênero e idade, deixam algumas mulheres mais suscetíveis à violência. Além disso, a falta de recursos financeiros e o acesso restrito aos serviços de saúde dificultam o afastamento do agressor e o rompimento do ciclo da violência.

ORIENTAÇÕES PARA AS REDES DE PROTEÇÃO E CUIDADO ÀS MULHERES

Considera-se que muitas ações dependem de políticas intersetoriais e da mobilização da sociedade, por exemplo o ato de denunciar a violência contra a mulher. Sendo assim, gestores precisam diversificar os canais de denúncia e sua divulgação tanto por meio de estratégias de comunicação como em locais públicos e de grande circulação como farmácias, supermercados ou demais serviços autorizados a funcionar durante a pandemia, para que mulheres possam acessá-los mais facilmente; implementar protocolos de verificação de denúncias por vizinhos e ou familiares, para que mulheres não sejam colocadas em

maior risco; criar campanhas que encorajem a sociedade a denunciar casos de violência; garantir respostas rápidas das autoridades para a proteção da mulher, como a retirada do lar do autor de agressão ou a busca de locais de abrigamento seguro durante período de distanciamento social.

Profissionais que atuam nas políticas públicas devem promover o cuidado psicossocial e oferecer algumas orientações, como: recomendar que a mulher converse com alguém de sua confiança sobre as ameaças e/ou agressões que tenha sofrido; verificar se há locais seguros, perto da sua casa, onde possa ficar até conseguir ajuda; no caso de ter crianças em casa, definir um código (por exemplo: uma palavra) informando-as que deverão buscar socorro e/ou sair de casa.

Em caso de ferimento, auxilie a mulher a identificar quais as unidades de saúde estão funcionando durante a pandemia e certifique-se de que ela será atendida. Para buscar ajuda, informação ou denunciar a violência sofrida oriente a mulher a ligar para o Disque 180 ou procurar a delegacia mais próxima, preferencialmente a Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (DEAM). O suporte de vizinhos, amigos e familiares pode ser fundamental durante a pandemia já que, muitas vezes, a mulher não consegue pedir ajuda por estar sob controle direto do agressor. Em caso de suspeita de violência contra a mulher, qualquer pessoa pode buscar auxílio na polícia pelo Disque 190. Muitos casos de violência, incluindo a morte de mulheres – o feminicídio, podem ser evitados.

VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

As pessoas mais velhas estão particularmente mais vulneráveis à COVID-19. É importante atentar-se, especialmente, nos idosos que moram sozinhos sem parentes próximos, em Instituições de Longa Permanência (ILPs), que vivem em condições socioeconômicas precárias

e que apresentam declínio das capacidades físicas e/ou cognitivas tais como demência ou outras condições de saúde mental. Os idosos são mais suscetíveis a violações de direitos fundamentais, o que pode se agravar durante o isolamento causado pela COVID-19. Estima-se que um entre seis idosos ao redor do mundo vivenciam alguma forma de violência (OMS, 2020).

Levantamento feito pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos revelou que, em 2019, o Disque 100 registrou um aumento de 13% no número de denúncias sobre violência contra idosos em relação ao ano anterior. As violações mais comuns foram: a negligência (38%); a violência psicológica (26,5%), configurada quando há gestos de humilhação, hostilização ou xingamentos; a violência patrimonial, que ocorre quando o idoso tem seu salário retido ou seus bens destruídos (19,9%); e a violência física (12,6%).

Desde o início da pandemia o número de denúncias de violações contra idosos aumentou no Brasil. Em Pernambuco, por exemplo, foi registrado aumento de 83% desde os primeiros casos confirmados de COVID-19.

A violência contra o idoso costuma ser sofrida em silêncio devido à dependência, ao afeto, à insegurança e ao medo de represálias pela proximidade com o agressor, sobretudo, porque parte expressiva das denúncias de maus tratos são atribuídas aos familiares próximos, geralmente seus cuidadores. A partir desse cenário, a pandemia pode agravar o risco de violência contra o idoso de diferentes formas:

- Agravando o abandono afetivo com o distanciamento social;
- As medidas de isolamento e quarentena diminuem a possibilidade da identificação desta violência uma vez que o idoso passa a receber menos ou nenhuma visita;
- Quando existe histórico de violência na família (por ex. o cuidador ter

sido vítima de violência por parte do idoso), há mais chances de uma recorrência;

- Provocando sensação intensa de medo e insegurança por fazer parte do grupo mais vulnerável à COVID-19 pela severidade do quadro e a maior letalidade (informação veiculada constantemente na mídia);
- Cansaço e estresse dos familiares, esgotamento por causa do trabalho excessivo, problemas financeiros e sobrecarga emocional (diante de dependência total ou parcial do idoso) podem ser associados à omissão de cuidados, violência psicológica, abuso financeiro e violência física;
- Pode haver agravamento do estigma e da violência psicológica contra idosos que necessitam sair de casa para atender necessidades básicas.

ORIENTAÇÕES PARA GESTORES E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO E CUIDADO A IDOSOS

Políticas intersetoriais devem implementar estratégias de acompanhamento de idosos em vulnerabilidade social, aprimorar a proteção a idosos já acompanhados por negligência e abandono, implementar estratégias de biossegurança para idosos em instituições de longa permanência.

Profissionais podem estimular o idoso a acessar sua **rede socioafetiva**. Incentive-o a procurar apoio e suporte social de pessoas, associações e comunidades para ampliar sua rede social, isso pode ajudar na promoção do bem-estar emocional, físico e social, além de ser fonte de suporte em casos suspeitos ou confirmados de violência.

Pessoas idosas com leve comprometimento cognitivo ou em estágios iniciais de demência precisam ser informadas do que está acontecendo na medida de sua capacidade de entendimento e precisam receber suporte para mitigar a ansiedade e o estresse.

Caso o idoso sinta medo, sofra ameaça e/ou agressão, é necessário que conte com alguém de confiança, incluindo um profissional de

saúde e/ou assistência social. É importante que a família, cuidadores, conhecidos e profissionais fiquem atentos nos sinais de desorientação, falta de cuidado pessoal/higiene, retraimento e mudanças bruscas de personalidade. Nos casos de denúncia, pode-se entrar em contato com o Disque 100 ou delegacia. Certifique-se sobre o funcionamento, durante a pandemia, da delegacia mais próxima ou, preferencialmente, da Delegacia da Pessoa Idosa. Vizinhos, amigos e familiares podem buscar ajuda junto a polícia pelo Disque 190.

VIOLÊNCIA CONTRA SI MESMO

Em situações de pandemia, espera-se um aumento da violência direcionada contra si mesmo. De acordo com a OMS (2014), esses atos podem incluir autolesão, sem a intenção de se matar, e atos intencionais, com a finalidade de cessar a própria vida, podendo ir desde a ideação até o suicídio. Tem-se como fatores de risco questões ambientais, psicológicas, culturais e sociais. **É fundamental estabelecer e manter redes comunitárias e de atenção psicossocial, mobilizando recursos de maneira eficiente e respondendo com sucesso às necessidades de saúde mental em situações de crise.**

Pessoas com histórico de automutilação e tentativas de suicídio devem ser acompanhadas por profissionais de saúde, educação e assistência social. Ao identificar casos que estejam em situação de risco, deve-se encaminhar à rede de atenção psicossocial e acompanhar, ainda que remotamente, a pessoa durante o tempo de distanciamento social. Além disso, pode-se orientar a pedir ajuda a pessoas de confiança, organizações sociais e ao Centro de Valorização da Vida (CVV) pelo Disque 188 como uma forma adicional de suporte.

Estudos baseados em evidências recomendam estratégias de prevenção ao suicídio que podem ser realizadas remotamente. Foi mostrado, por exemplo, que ligações telefônicas e envio de cartas foram efetivas na diminuição de taxas de suicídio em estudos clínicos.

Dessa forma, estratégias solidárias e utilização de vídeo conferências para comunicação com familiares e amigos durante a pandemia podem fortalecer mecanismos sociais e contribuir para a prevenção do suicídio.

CUIDADOS AOS TRABALHADORES E CUIDADORES DOMICILIARES

O trabalho de cuidar é central para a prevenção de doenças e assistência às pessoas. Os trabalhadores de saúde, em sua maioria mulheres, também podem passar por situações de violência tanto em casa quanto nos serviços. Além disso, devido ao significativo aumento da demanda de atendimento podem ocorrer situações de estresse e de grande pressão. A superposição da carga de trabalho profissional às obrigações familiares, além do constante estado de alerta devido à ameaça de infecção durante a pandemia, pode levar ao rápido esgotamento mental e físico.

Os cuidadores domiciliares de doentes e idosos podem ser mais demandados em seu trabalho, pois com o distanciamento social, nem sempre os que requerem cuidado podem contar com o suporte de familiares ou de outros cuidadores. Profissionais de saúde e cuidadores domiciliares precisam de atenção especial durante a pandemia, como um espaço para o atendimento e acolhimento de suas emoções, incluindo acompanhamento psicossocial quando necessário. É importante estabelecer uma rotina saudável e com equilíbrio entre atividades que tragam prazer, satisfação e conexão social. Ajudar com responsabilidade também significa cuidar de sua própria saúde. O autocuidado é fundamental. Ressalta-se a importância de garantir os cuidados de biossegurança, horas de descanso, pausas durante plantões, remanejamento de equipes nas áreas de maior risco, suporte emocional tanto a trabalhadores quanto a suas famílias e garantia de direitos trabalhistas.

Referências Bibliográficas

AGÊNCIA BRASIL. **Número de denúncias de violência contra idosos aumentou 13% em 2018.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-06/numero-de%20denuncias-de-violencia-contra-idosos-aumentou-13-em-2018>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ALIANÇA PARA A PROTEÇÃO DA CRIANÇA EM AÇÕES HUMANITÁRIAS. **Nota Técnica:** proteção da criança durante a pandemia do coronavírus: versão 1, mar. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/7561/file>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Recomendações do CONANDA para a proteção integral a crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19.** Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 92 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

CAMPBELL, A. M. An Increasing Risk of Family Violence during the COVID-19 Pandemic: strengthening community collaborations to save lives. **Forensic Science International: reports** v. 2. Netherlands. p. 100089. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152912/pdf/main.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

DODGEN, D.; LADUE, L. R.; KAUL, R. E. Coordinating a local response to a national tragedy: community mental health in Washington, DC after the Pentagon attack. **Military Medicine**, Oxonia, United Kingdom, v. 164, n. 9, p. 87-89, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1093/milmed/167.Suppl_4.87. Acesso em: 13 ago. 2020.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **Lancet Psychiatry**, Philadelphia, USA, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Nota técnica:** Violência doméstica durante a pandemia de COVID-19, 16 de abril de 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-COVID-19-v3.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19:** versão 1.5, março de 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

KRUG, E. G. et. al. The world report on violence and health. **The Lancet**, London, England, v. 360, n. 9339, p.1083-1088, 2002.

KUN, P.; et. al. Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder: a cross-sectional study among survivors of the Wenchuan 2008 earthquake in China. **Depression & Anxiety**, San Diego, USA, v. 26, n. 12, p.1134 - 1140, 2009.

LINO, V. T. S. et al. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 87-96, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MARQUES, Emanuele Souza. et.al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. p. 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MILLER-PERRIN, C. L.; PERRIN, R. D. **Child maltreatment**: an introduction. 3.ed. Sage Publications, 2012.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300010>. Acesso em: 13 ago. 2020.

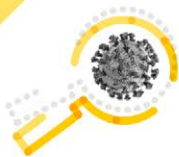
NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Cuidados para pessoas idosas. COVID-19 - Informativo para Equipes ONU no Brasil**, n. 4, 2020. Disponível em: http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc/wp-content/uploads/2020/04/OPAS_COVID19-Informativo-Interno-Edi%C3%A7%C3%A3o-4.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

REGER, M. A.; STANLEY, I. H.; JOINER, T. E. Suicide mortality and coronavirus disease 2019: a perfect storm?. **JAMA psychiatry**, Chicago, USA, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ROTHER, D. et. al. **Ebola**: beyond the health emergency. Monrovia: Plan International, 2015. Disponível em: <https://www.plan.ie/wp-content/uploads/2015/03/GLO-Ebola-Final-10-Eng-Feb15.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. et al. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. 137 p.

ZHU, Z. et al. COVID-19 in Wuhan: immediate psychological impact on 5062 health workers. **medRxiv**, Cold Spring Harbor, USA, Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.02.20.20025338v2>. Acesso em: 13 ago. 2020.



SUICÍDIO NA PANDEMIA COVID-19

Pesquisadores colaboradores CEPEDES - Fiocruz, Claves - Fiocruz e Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio:

*Aramita Prates Greff, Bernardo Dolabella Melo, Carolyne Cesar Lima,
Daphne Rodrigues Pereira, Elaine G. R. Alves, Elis Regina Cornejo,
Erika P. Motoyama, Fernanda Serpeloni, Gabriella Pessoa,
Joviana Quintes Avanci, Karen Scavacini, Luciana França Cescon,
Mariana F. Cacciaccaro, Michele Souza e Souza,
Nicolly Papacidero Magrin e Orli Carvalho da Silva Filho*

Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental podem apresentar desde reações normais e esperadas de estresse agudo por conta das adaptações à nova rotina, até agravos mais profundos no sofrimento psíquico. Tendo em vista as estatísticas que apontam o aumento dos casos de tentativas e suicídios após eventos extremos, identifica-se como fundamental o desenvolvimento de estratégias de prevenção, acompanhamento e posvenção, visando o bem-estar da população.

No que concerne o comportamento suicida, tem-se um continuum de autoagressões que envolve ideação, ameaças, tentativas e atos suicidas. O suicídio apresenta-se como um de seus desfechos, o mais grave, o mais crítico e o mais identificado pela área da saúde (WHO, 2014). No Brasil, 51% dos casos de suicídio acontecem dentro de casa. Estima-se que apenas um em cada três casos de tentativa de suicídio chegue aos serviços de saúde, de forma que os dados sobre o comportamento suicida são bastante incipientes. Uma tentativa anterior aumenta o risco de concretização do suicídio cerca de cem vezes em relação a quem nunca tentou; este é o principal fator de risco para a efetivação do intento, sendo um alerta fundamental para a existência de fenômenos psicossociais complexos. Os transtornos mentais mais comumente associados ao comportamento suicida são: depressão, transtorno de humor bipolar, dependência de álcool e de outras drogas psicoativas, esquizofrenia e certos transtornos de personalidade. A coexistência destas condições agravam a situação de risco (BOTEGA, 2014).

Dentre pacientes internados em hospital geral o risco é de três a cinco vezes maior do que na população como um todo. A ausência de uma ambiência apropriada, como falta de proteção nas janelas, acesso indevido a medicamentos e/ou materiais perfurocortantes e banheiros que não garantam a biossegurança, também podem favorecer ações dessa natureza. Do mesmo modo, fatores situacionais, relacionados à pandemia, também podem potencializar ações suicidas, como: reações agudas ao diagnóstico, discussões sobre prognóstico, espera

por resultado de testes e, em alguns casos, pela própria evolução da doença. No caso de pacientes com histórico de tentativas de suicídio, ou que estejam internados justamente por este motivo, deve-se redobrar a atenção (BOTEGA, 2014).

Cabe lembrar que o suicídio é um fenômeno complexo e multifatorial e o possível aumento no seu número de casos, em uma situação de pandemia, pode estar relacionado a diferentes fatores como: medo, isolamento, solidão, desesperança, acesso reduzido a suporte comunitário e religioso/espiritual, dificuldade de acesso ao tratamento em saúde mental, doenças e problemas de saúde, suicídios de familiares, conhecidos ou profissionais de saúde (Reger, Stanley & Joiner, 2020). De forma geral, podemos entender que se a presença de um transtorno mental é identificada como um importante risco para o suicídio, o agravamento de seus sintomas em vigência da pandemia se configura como um risco ainda maior. Estressores financeiros e outros precipitadores de suicídio, como aumento do uso de álcool e outras drogas e violência doméstica, também tendem a se elevar neste momento de pandemia (GUNNELL et al., 2020).

Embora o cenário de pandemia potencialize o sofrimento, existem medidas protetivas passíveis de serem adotadas. Uma resposta interdisciplinar abrangente é necessária e deve incluir intervenções seletivas, indicadas e universais como forma de prevenção (GUNNELL et al., 2020). Um registro importante a ser enfatizado é o fato de que após alguns desastres nos Estados Unidos a taxa de suicídio diminuiu no país, o que pode apontar para o “pulling-together effect”: quando pessoas que compartilham determinada experiência se apoiam, fortalecendo a conexão social (REGER, STANLEY & JOINER, 2020).

A seguir é possível acompanhar algumas características específicas sobre o comportamento suicida nas diferentes fases da vida:

Crianças e adolescentes

As ideações, as tentativas ou o ato suicida propriamente dito podem ocorrer em crianças, embora sejam raros e pouco identificados nesta fase da vida, principalmente, pela dificuldade em reconhecer que crianças podem ter a intenção de se matar e de diferenciá-las dos acidentes (SILVA FILHO, 2019). Na adolescência é um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo, liderando as principais causas de morte nesta fase da vida (WHO, 2019).

Os comportamentos autolesivos, uma forma de autoagressão, são mais comuns entre adolescentes do que em crianças. Eles podem, ou não, serem caracterizados como comportamento suicida, visto que existe a autolesão sem intenção suicida, que merece igualmente muita atenção, uma vez que são sinais de sofrimento e podem aumentar o risco para a ocorrência do suicídio propriamente dito.

O contexto da pandemia COVID-19 associado ao isolamento, as incertezas, ao medo de perder entes queridos e a recessão econômica podem tornar vulneráveis crianças, adolescentes e suas famílias (GOLBERSTEIN, et al., 2019). Este cenário tende a suscitar ou agravar o sofrimento e consequentemente os problemas de saúde mental, em especial a depressão e ansiedade, aumentando o risco do comportamento suicida.

A interação *on-line* é uma ferramenta importante de comunicação e fortalecimento de laços sociais durante o isolamento. Contudo, é preciso ficar atento no uso das mídias virtuais com conteúdo sobre o comportamento autolesivo e suicida. Páginas de Facebook, Instagram, grupos de *WhatsApp* e outras mídias digitais possibilitam tanto a construção de vínculos, o compartilhamento de experiências e a oferta de apoio, quanto podem contribuir para a normalização de comportamentos autolesivos. Embora a autoagressão seja frequentemente um comportamento velado, a criança ou o jovem pode dar sinais sutis de que precisa ajuda.

Fatores de alerta que merecem atenção:

- Irritação ou agitação excessiva da criança ou adolescente;
- Sentimento de tristeza, baixa autoestima e impotência;
- Tentativas prévias de suicídio;
- Relatos de violência psicológica (humilhação, agressões verbais), física, sexual ou negligência;
- Problemas de saúde mental da criança, do adolescente e/ou de seus familiares, especialmente a depressão e ansiedade;
- Uso de álcool e/ou outras drogas;
- Histórico familiar de suicídio;
- Ambiente familiar hostil;
- Falta de suporte social e sentimentos de isolamento social;
- Sofrimento e inquietações sobre a própria sexualidade;
- Interesse por conteúdos de comportamento suicida ou autolesão em redes sociais virtuais.

Adultos

No Brasil, a maior prevalência de casos notificados de lesão autoprovocada, assim como de tentativas de suicídio, se encontram na faixa etária entre os 20 e 49 anos (BRASIL, 2017). Uso abusivo de álcool e outras drogas, presença de sofrimento psíquico, vulnerabilidade financeira e social atuam como fatores de risco importantes no cenário brasileiro.

Em contextos de pandemias, é esperado que ocorra um agravamento dos fatores de risco devido ao medo da infecção própria ou de entes queridos (LU, 2015), não sendo diferente na COVID-19. Os adultos, sendo a parcela geralmente responsável pela renda familiar, podem se

sentir pressionados devido às tendências de desemprego, a manterem sua dinâmica laboral, rompendo as normativas de isolamento social e, conseqüentemente, colocando-se em situação de risco para a infecção.

Em decorrência dessa conjuntura e do possível contexto de forte pressão pelo qual podem passar os adultos economicamente responsáveis pelas famílias, é necessário observar mudanças de comportamento, pois os mesmos podem ser sinais de alerta. Em adultos, alguns dos sinais de alerta mais comuns, além dos já mencionados, são:

- Isolamento afetivo e sentimento de solidão;
- Sentimento de desamparo e desesperança;
- Autodesvalorização;
- Aquisição de meios para morrer de suicídio;
- Crise existencial;
- Exposições frequentes a situações de risco.

Também é preciso considerar outros fatores de risco, como presença de casos de suicídio na família ou de pessoas próximas, além de problemas de relacionamentos.

Em contrapartida aos riscos e agravos atuais, registra-se também, em alguns casos, a diminuição da taxa de suicídio após um desastre (NISHIO et al., 2009; MATSUBAYASHI, SAWADA & UEDA, 2013; ORUI, HARADA & HAYASHI, 2014). Ressalta-se que a intervenção precoce, particularmente na primeira fase da resposta a uma pandemia, bem como o fortalecimento das redes e laços socioafetivos e o acesso à tratamentos de saúde mental são considerados fatores protetivos. É esperado que uma pandemia, nas proporções da COVID-19, promova instabilidade psíquica e desencadeie reações que possam potencializar pensamentos e atos suicidas. Nesse sentido, é importante promover estratégias que permitam contrabalançar os sentimentos negativos e o reenquadramento dos planos de vida.

Pessoa idosa

Em situações de pandemia alguns idosos podem expressar dificuldades ao vivenciar situações de desamparo ante as situações de instabilidade dos vínculos afetivos, econômicos e/ ou políticos, desencadeando angústia, tristeza profunda e solidão. Para aqueles que residem sozinhos, a vulnerabilidade emocional pode ser maior, podendo evoluir para estados depressivos ou mesmo depressão, cujo desfecho pode ser a ideação suicida, a tentativa de suicídio ou o suicídio propriamente dito.

No Brasil, os índices de suicídio têm aumentado, com atenção maior a população idosa. Dados do Ministério da Saúde, divulgados em 2018, apontam para a alta taxa de suicídio entre aqueles com mais de 70 anos. Nessa faixa etária, foi registrada a taxa média de 8,9 mortes por 100 mil nos últimos seis anos. A taxa média nacional é 5,5 por 100 mil. Durante a pandemia da COVID-19, a necessidade de adoção de estratégias de isolamento e distanciamento social podem ser emocionalmente desafiadoras para esta população.

Particularmente durante momentos de isolamento social, a vulnerabilidade psicossocial, assim como o luto por perda ou distanciamento de seus entes queridos podem ser grandes e prolongados. O risco de suicídio, por sua vez, é duas a três vezes maior na população idosa e é frequentemente subnotificado.

Portanto, os idosos constituem um grupo sensível à solidão e ao isolamento, pois costumam depender de forte apoio social, especialmente em tempos difíceis. Estudo realizado em Hong Kong, por exemplo, acerca do impacto de doenças respiratórias como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) mostrou um aumento do suicídio entre idosos e que este está relacionado ao medo de contrair a doença e de ser um fardo para suas famílias durante a epidemia (YIP et al, 2010).

Manifestações cotidianas como: “os idosos estão morrendo mais, então é melhor você ficar separado para não ser infectado”, ou ainda: “você precisa tomar mais cuidado ou pode infectar os outros” parecem aparentemente cuidadosas, mas podem reforçar o estigma. Os idosos estão mais propensos à asma brônquica, doença pulmonar obstrutiva crônica e resfriado comum, quadros associados à tosse persistente, dor de garganta e sintomas semelhantes aos da gripe, que podem ser facilmente confundidos com a COVID-19, levando à segregação social e prejudicando o bem-estar psíquico. Superlotação, negligência e falta de autocuidado em lares de idosos são outros fatores que também suscitam sentimentos de inutilidade e descartabilidade.

É preciso, portanto, que profissionais de saúde e pessoas ligadas afetivamente aos idosos estejam alertas em relação ao risco de suicídio nessa população, devendo observar algumas situações:

- Se o idoso ficar mais quieto, mais isolado, apresentando maior desinteresse pela família, ou não querer mais atender as ligações ou chamadas de vídeo;
- Se está se queixando de forma mais frequente de dores no corpo, falta de apetite, dificuldades para dormir ou falta de memória. Em algumas situações, queixas físicas, sobretudo se tiverem aumentado nesse período, podem ser sinais de depressão;
- Aos idosos que possuem qualquer problema cognitivo, sugere-se: orientação, principalmente em situações mais graves, e acompanhamento por cuidadores de confiança, uma vez que sintomas de irritabilidade, ansiedade, insônia ou mesmo quadros confusionais são mais frequentes em situações de quarentena;
- Preocupação com a morte e o morrer, sobretudo quando acompanhadas de frases como: “eu estaria melhor morto”. Embora esse tipo de linguagem não seja incomum entre os idosos, geralmente evidencia sinais de angústia o que indica necessidade de acompanhamento;

- Observar a frequência de declarações que possam indicar que o idoso não se importa mais com a vida ou “não quer ser um peso para ninguém”. Isso pode incluir declarações como: “é melhor você não ter que se preocupar comigo”, “sinto que vivi por muito tempo” ou “gostaria de poder dormir e não acordar”. Às vezes, a pessoa pode sugerir ideação suicida com declarações que apontam para um sofrimento significativo.

COMO O PROFISSIONAL DE SAÚDE PODE ATUAR NO CUIDADO ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS?

- No caso específico de crianças, é preciso ter clareza que ele/ela compreenda o que é a morte. Essa compreensão costuma acontecer entre sete e nove anos de idade;
- Não duvidar, desqualificar ou minimizar o relato de desejo de morte;
- Acolher a pessoa e sua família, sem julgamentos, e considerar o ato como um sinal de alerta, especialmente para evitar um novo episódio suicida;
- Ter escuta cuidadosa, respeitosa e séria, procurando sempre entender melhor o que ocorreu e como a pessoa se sente. Evitar apontar culpados ou causas;
- Em casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada, realizar a notificação compulsória às autoridades sanitárias;
- Orientar sobre a vigilância diante dos meios que podem ser utilizados numa tentativa de suicídio, impedir o rápido acesso aos meios é uma das grandes medidas de prevenção;
- Oferecer ajuda para iniciar um acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e fazer o encaminhamento;
- Avaliar necessidade de outros encaminhamentos, como da rede de proteção social, quando há suspeita de motivação intrafamiliar ou de violação de direitos;
- Em relação à autolesão, é fundamental o questionamento ativo e

cuidadoso do porquê dessa manifestação, o que se pretendia e o que, de fato, se conseguiu. Dessa forma, sem julgamentos, há mais chance de estabelecer uma conexão verdadeira e potente para redução de sofrimento emocional e dos riscos decorrentes;

- Atenção aos pacientes já em tratamento psiquiátrico: as medicações devem ser mantidas durante todo o período de isolamento! Se preciso, facilitar o fornecimento de receitas, sempre considerando a segurança necessária para se ter os remédios em casa;

- **Em caso de perigo imediato de comportamento suicida ou de automutilação**, acionar o SAMU 192 e/ou orientar o familiar, no caso da criança e do adolescente os pais/responsáveis, levá-la para um atendimento de emergência em UPA, pronto socorro ou hospital. Recomenda-se não deixar a pessoa sozinha e garantir que receba o atendimento em saúde em caráter de emergência.

Além dessas sugestões os profissionais de saúde devem estar atentos as orientações descritas na Lei nº 13.819/2019 que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio do Governo Federal.

PREVENÇÃO DE SUICÍDIO E O CONTEXTO DE PANDEMIA

Práticas e políticas públicas voltadas para a promoção de saúde mental e prevenção do suicídio são de extrema relevância neste momento. Sugere-se que as intervenções sejam baseadas no grau de risco, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2014), de Bertolote (2012) e de Gunnell et al (2020) podendo ser classificadas como:

Universal: destinada a toda a população, independentemente do risco, e seu objetivo é impedir o início de determinado comportamento.

Seletiva: tem foco em indivíduos e populações que estão sob baixo risco, mas que ainda não desenvolveram o comportamento alvo da

intervenção. Seu objetivo é reduzir os fatores de risco através da busca ativa, oferta de informações e acolhimento.

Indicada: intervenção imediata, específica para indivíduos e populações que estão sob risco iminente ou que já desenvolveram o comportamento alvo.

Em relação aos transtornos mentais e ao comportamento suicida são indicadas intervenções nos níveis **seletiva e indicada**, propondo-se ações como:

Transtornos mentais: Oferecer cuidados de diferentes maneiras incluindo, por exemplo, os meios digitais; desenvolver suporte para as equipes de saúde afetadas por exposições adversas, dada a possibilidade de desenvolver estresse pós traumático; oferecer equipamentos de proteção individual, incentivar autocuidado e suporte adicional.

Experiência de crise suicida: Oferecer acesso a atendimento especializado às pessoas em situação de crise suicida, oferecer informações adequadas ao acesso remoto, oferecer intervenções *on-line* baseadas em evidência, melhorar os serviços de apoio voluntário e oferecer recursos digitais.

O quadro abaixo aponta questões que devem ser envolvidas na esfera das intervenções universais:

INTERVENÇÕES UNIVERSAIS

Estressores financeiros: ações e iniciativas governamentais que assegurem minimamente a estabilidade financeira da população mais vulnerável.

Violência doméstica: reforço e ampliação das medidas de segurança pública e suporte às vítimas de violência doméstica.

Uso de álcool e outras drogas: reforço às ações de Redução de Danos.

Isolamento, sentimento de aprisionamento, solidão e luto: reforço às iniciativas de suporte e acolhimento às pessoas em situação de vulnerabilidade emocional.

Controle de acesso aos meios letais: vigilância e controle de acesso aos meios letais.

Papel da mídia: seguir as recomendações deste manual em relação aos cuidados necessários nas reportagens.

Promover a conscientização da população, dos sistemas de saúde e da sociedade em geral é indispensável na prevenção do suicídio, uma vez que, ao fornecer informações coerentes e consistentes, os mitos e crenças sobre o fenômeno são reconstruídos, oferecem-se possibilidades de cuidado e assistência àqueles que dela necessitam (WHO, 2014). O tema se torna menos doloroso e a população passa a encará-lo com mais consciência e responsabilidade, sem estigmatizar, julgar ou excluir os que precisam de ajuda.

LUTO

As pessoas que perdem um ente querido por suicídio podem sofrer cobrança social, preconceito, estigma e discriminação. Os familiares também podem ficar apreensivos com a possibilidade de que um suicídio ocorra na família novamente. Sentimentos conflituosos sobre a perda podem aparecer e dificultar o processo de luto, como sentir raiva e amor ao mesmo tempo.

É recorrente a busca incessante pelo motivo do suicídio. Muitas vezes, se incorre em culpabilização, seja daquele que partiu, seja dos que ficaram, ao se acreditar que o suicídio foi causado por algo que fizeram ou deixaram de fazer, aumentando ainda mais o sofrimento.

Nessas circunstâncias, o luto tende a se tornar mais complexo. O termo

sobrevivente, traduzido de sua origem do inglês *survivor*, é utilizado para designar as pessoas que se sentem impactadas por um suicídio. No Brasil, a fim de evitar equívocos com o uso desta terminologia, utiliza-se “sobreviventes enlutados por suicídio” para designar familiares, amigos, profissionais e pessoas em luto próximas ao falecido. Utiliza-se, ainda, “sobreviventes testemunhas” para descrever pessoas que testemunharam o ato ou que encontraram o corpo do falecido, que pode incluir além de familiares, profissionais, vizinhos, colegas e transeuntes sem vínculo com o falecido (CORNEJO, 2019). Assim, qualquer pessoa que tenha se sentido afetada pelo suicídio de alguém é um sobrevivente e para cada um deles é necessário um cuidado diferenciado.

Muitas vezes, o luto dos sobreviventes não é socialmente reconhecido e a pessoa enlutada pode não se sentir autorizada a falar sobre sua dor e/ou sobre quem morreu, inibindo a expressão de sentimentos. Nesse sentido, é importante estar atento na possibilidade de haver um luto com maior risco de ser traumático, pois, muitas vezes, mostra-se uma maior dificuldade de ofertar um significado para a perda, desencadeando sentimentos ambivalentes, como raiva e culpabilização. Diante de todas essas características, a repercussão da perda na dinâmica familiar pode ser intensificada durante a quarentena e, por isso, o cuidado em posvenção é fundamental.

Faça contatos telefônicos ou por vídeos com as pessoas enlutadas por suicídio. Deixe que elas saibam que você não as culpa, que reconhece e respeita a dor delas e está ali para ouvir. O suicídio não deve ser tabu, permita que a pessoa enlutada fale sobre o assunto quando se sentir confortável para isso. Na maioria das vezes, não é preciso dizer nada, basta estar junto e ouvir.

POSVENÇÃO EM PANDEMIAS: MELHORES PRÁTICAS

A posvenção é um conjunto de atividades de cuidado oferecido às pessoas em luto por suicídio, cujo objetivo é apoiar sua recuperação e evitar possíveis complicações, como aumento do comportamento suicida e/ou o luto complicado. Inclui serviços que podem ser divididos em diferentes níveis, que vão desde o acolhimento individual até as atividades de conscientização pública e o suporte através dos grupos de apoio, sendo este último o tipo mais comum de ajuda praticada mundialmente.

Em 2014 a posvenção foi reconhecida pela OMS como uma importante ferramenta na área de prevenção ao suicídio no relatório “Preventing Suicide: A Global Imperative” (Prevenindo o suicídio: um imperativo global – tradução livre), no qual é recomendado que comunidades promovam suporte aos sobreviventes, que intervenções devem ser oferecidas aos enlutados e programas nacionais de prevenção do suicídio devem incluir esse tipo de suporte.

Pessoas impactadas

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010), cerca de seis a dez pessoas são impactadas de maneira importante pelo suicídio de alguém. Considerando este dado, entre os anos de 2002 e 2012, o Brasil contabilizou mais de 500 mil sobreviventes enlutados por suicídio. Estudo recente no contexto norte-americano aponta que o número de pessoas impactadas por um caso de suicídio pode ser ainda maior, podendo chegar a 135 pessoas

Principais atividades

Os serviços e atividades em posvenção do suicídio têm como foco as necessidades psicossociais dos sobreviventes enlutados e a prevenção do suicídio, podendo ser desenvolvidos numa perspectiva clínica ou de saúde pública.

Quanto maior o estresse, maior a necessidade de procedimentos estruturados. Podemos pensar em quatro níveis de suporte (BATES et al., 2008; SCAVACINI, 2011; SCAVACINI E MELEIRO, 2018):

- Informação: recursos via *web*; memoriais *on-line*; linhas de ajuda; lista de filmes e livros; sites com informações gerais; onde, como e quando buscar ajuda; links e perguntas frequentes;
- Suporte: na comunidade e grupos de autoajuda;
- Assistência prática: como assessoria jurídica, financeira e a limpeza do local do suicídio (se este ocorreu em casa);
- Terapia, aconselhamento e serviços específicos de saúde mental.

Durante o isolamento social, é possível:

- Fazer-se emocionalmente presente, através de ligações e vídeos;
- Ouvir a pessoa;
- Preparar um local da casa para servir de memorial;
- Conectar a pessoa com serviços de apoio virtuais.

A importância dos grupos de apoio

Os grupos de apoio são espaços seguros nos quais, através da troca de experiências entre os próprios sobreviventes, é possível (SCAVACINI et al, 2019):

- Compartilhar e validar a dor do luto;
- Favorecer a expressão de pensamentos e sentimentos de maneira segura e sem julgamentos;
- Despertar um senso de pertencimento e apoio;
- Servir como uma rede de suporte social por meio da conexão criada entre os sobreviventes.

Considerando o cenário atual, a realização de grupos virtualmente, permite a manutenção do apoio já oferecido, além de possibilitar a participação de outros sobreviventes que não dispõem deste tipo de ajuda de forma acessível. É importante que se garanta a mesma qualidade das interações e o sigilo das histórias compartilhadas, como é a prática em encontros presenciais.

Dicas e orientações para divulgação/mídia

A divulgação nas mídias (especializadas ou nas redes sociais) de reportagens inadequadas e fotos sobre suicídio, bem como cartas de despedida, devem ser feitas com responsabilidade e cuidado, pois podem provocar um efeito negativo (SCAVACINI, 2018), especialmente em momentos de vulnerabilidade como o de pandemia.

1) O efeito “Werther”: refere-se ao aumento de casos de suicídio após reportagens sensacionalistas ou que mostrem com detalhes o suicídio de alguém (PHILIPS, 1974). Diversos estudos confirmam que há uma relação entre a divulgação inadequada de suicídios e o aumento de casos.

2) O efeito “Papageno”: refere-se ao contrário, quando reportagens responsáveis podem diminuir o comportamento suicida no público, fornecendo exemplos de outras pessoas, que conseguiram superar crises suicidas, enfatizando alternativas ao ato, educando o público e gerando conscientização. (NIEDERKROTENTHALER et al., 2010; PIRKIS et al., 2016). Portanto, a divulgação adequada de informações voltadas para a prevenção é recomendada.

Recomenda-se não utilizar a expressão “cometeu suicídio” uma vez que a expressão remete a um crime, sugere-se utilizar a expressão “morreu por suicídio”. Detalhes como estes podem fazer toda a diferença na sua comunicação.

Apresenta-se, a seguir, um resumo das melhores práticas segundo a Cartilha da OMS (2017), do Ministério da Saúde (2017), do Instituto Vita Alere (2019) e da Orygen (2018):

O que NÃO fazer:

- Não destacar esse tipo de notícia (por exemplo, colocando na primeira página);
- Não divulgar o lugar, a carta de despedida e o método utilizado no suicídio;
- Não colocar o suicídio como resultado único da pandemia;
- Jamais compartilhar fotos ou vídeos de um suicídio;
- Não romantizar ou falar como se fosse legal, um ato corajoso ou de covardia;
- Não relacionar o suicídio com crime, loucura ou falta de fé;
- Não colocar o suicídio como bem sucedido ou dar a entender que a pessoa encontrou a paz;
- Não determinar um culpado ou um único motivo;
- Não julgar, não fazer piadas ou estigmatizar;
- Não mostrar o suicídio como uma saída.

O que fazer:

- Compreender que o suicídio é complexo e multifatorial;
- Sensibilizar as pessoas para o tema, gerando empatia;
- Informar sempre onde buscar ajuda;
- Lembrar dos que ficaram e respeitar o luto;
- Usar e divulgar fontes de informação confiáveis;

- Interpretar de forma cuidadosa e correta as estatísticas;
- Ter um cuidado extra ao se tratar de suicídio de celebridades;
- Se possível, falar das possíveis consequências físicas no caso de tentativas de suicídio não fatais;
- Abordar os sinais de risco e alerta (mas sem reducionismos - identificar o risco pode ser algo complicado);
- Mostrar que existe tratamento e que há outras alternativas ao suicídio.

De acordo com Scavacini (2018, p. 210), existem 6Cs necessários para aumentar a conscientização, diminuir o estigma e prevenir o suicídio:

- **Conscientização** (*awareness*) para as pessoas perceberem e saberem que o suicídio existe e que é um problema de todos;
- **Campanhas** para ajudar na conscientização e divulgação da problemática do suicídio;
- **Capacitação** para ensinar as pessoas e os profissionais como lidar e tratar do suicídio;
- **Competência** (*literacy*) para saber quando e como usar esse conhecimento para a pessoa com comportamento suicida e as pessoas próximas;
- **Conversa** para incentivar o diálogo e a possibilidade de falar abertamente sobre o suicídio;
- **Conexão** (*connectedness*) saudável entre pessoas, familiares, organizações, comunidades e grupos para perceberem que há pessoas que se importam com a questão, assim, unindo forças na prevenção do suicídio.

Na dúvida, sempre confirmar se o que está sendo divulgado ainda é relevante para o atual momento da pandemia, uma vez que esse

tipo de fenômeno é mutável/está em transformação, de acordo com a constante atualização de informações.

Sugestões de onde encontrar ajuda:

Existem diversos grupos de apoio e suporte ao luto por suicídio espalhados no Brasil, além de psicólogos especializados. Busque por alguma iniciativa em sua região, você pode consultar o site www.posvencaodosuicidio.com.br. Se quiser conversar com alguém e obter suporte emocional, entre em contato com o CVV no número 188 ou através do site: www.cvv.org.br. O mapa da saúde mental traz uma lista de locais de atendimento voluntário *on-line* e presencial em todo o país no www.mapasaudemental.com.br.

Conheça as ferramentas de denúncia das plataformas virtuais e seja ativo caso perceba alguns desses sintomas ou veja algum conteúdo impróprio nas redes (SCAVACINI, GUEDES, CACCIACARRO, 2019).

Referências Bibliográficas

ALVES, E. G. R. Morte matada: luto por violências. In: Santos, F.S. (Org.). **Tratado Brasileiro sobre perdas e luto**. São Paulo: Atheneu, p. 131-136, 2014.

BATES, U. et al. **Review of general bereavement support and specific services available following suicide bereavement**. Dublin, Irlanda: Petros Consulting, 2008.

BERTOLETE, J. M. **O suicídio e a sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231- 236, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000300231&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 81, seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n%C2%BA-13.819-de-26-de-abril-de-2019-85673796>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 30, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Suicídio: saber, agir e prevenir.** Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/20/Folheto-jornalistas-15x21cm.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CEREL, J. et al. How many people are exposed to suicide? Not six. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, [S.l.], 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/sltb.12450>. Acesso em: 113 ago. 2020.

CORNEJO, E. R.; CESCON, L. F. Grupo de Apoio aos Enlutados pelo Suicídio: uma experiência de posvenção e suporte social. **Revista M.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 201-214, 2019.

CORNEJO, E. R. S. P. U. **Impactos do suicídio testemunhado no centro da metrópole de São Paulo: uma etnografia no hostpot Viaduto do Chã.** 2019. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós- Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, 2019.

GOLBERSTEIN, E. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. **JAMA Pediatrics**, Harvard, USA, 2020.

GUNNELL, D. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, Philadelphia, v. 7, n. 6, p. 468-471. 2020

KAWOHL, W.; NORDT, C. COVID-19, unemployment, and suicide. **The Lancet Psychiatry**, London, England, v. 7, n. 5, p. 389-90, 2020.

LU, S. An epidemic of fear. **Monitor on Psychology**, Washington, D.C., USA, v. 46, n. 3, p. 46, 2015. Disponível em: <http://www.apa.org/monitor/2015/03/fear>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MELEIRO, A. M. A. S. Posvenção: Sobreviventes do Suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S. (ed.) **Psiquiatria: Estudos Fundamentais.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 671-676, 2018.

NIEDERKROTENTHALER, T. et al. Media and suicide. Papageno v. Werther effect. **BMJ**, USA, v. 341, p. c5841, 2010.

NISHIO, A. et al. Influence on the suicide rate two years after a devastating disaster: A report from the 1995 Great Hanshin-Awaji Earthquake. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, Oxford, v. 63, p. 247-250, 2009.

OLSON, R. **InfoExchange3: suicide and language.** Calgary, Canada: Centre for suicide prevention. 2011 Disponível em: <https://www.suicideinfo.ca/resource/suicideandlanguage/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da mídia.** Genebra: WHO, 2000.

PHILLIPS, D. P. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications for the Werther. **American Sociological Review**, Chicago, USA, v. 39, n. 3, p. 340-354, 1974.

PIRKIS, J. et al. Media influences on suicidal thoughts and behaviors. In: O'Connor, R. C.; PIRKIS J. (eds.). **The international handbook of suicide prevention**. 2nd. ed. West Sussex, UK: Willey Blackwell, 2016.

REGER, M. et al. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019 - A Perfect Storm? **JAMA Psychiatry**, Harvard, USA, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2764584>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ROBINSON, J. et al. **#chatsafe**: Guia do jovem para uma comunicação on-line segura sobre suicídio. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2018.

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

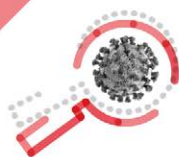
SCAVACINI, Karen. **Suicide survivors support services and postvention activities: the availability of services and an interventions plan in Brazil**. 2011. Dissertation (Master Program in Public Health). Departament of Public Health Sciences, Karolinska Institutet, Stockholm.

SILVA FILHO, O. C. **Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência**. 2019. 236 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

USPV. **Reminders for Suicide Postvention in the Time of Coronavirus**, Póvoa de Varzim, Portugal, 2020. Disponível em: <https://zerosuicide.edc.org/sites/default/files/Postvention%20during%20Coronavirus.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

WORLD HEALTH ASSOCIATION. **Suicide**, 2 de Setembro de 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 13 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a resource for media professionals: update 2017. Geneva:World Health Organization, 2017.



PROCESSO DE LUTO NO CONTEXTO DA COVID-19

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Adriana Silveira Cogo, Bernardo Dolabella Melo,
Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni,
Juliana Fernandes Kabad, Maria Helena Pereira Franco
e Michele Souza e Souza*

Luto é um processo natural de resposta a um rompimento de vínculo, ou seja, quando perdemos alguém ou algo significativo na nossa vida. O significado, as explicações, os rituais de passagem entre a vida e a morte e o processo de enlutamento variam conforme cada sociedade e suas diferenças culturais, cosmológicas e religiosas, bem como as circunstâncias em que ocorre a morte.

Cada sociedade estabelece os códigos culturais aceitáveis para o estabelecimento de rituais fúnebres de seus entes queridos, que envolvem desde cerimônias de despedidas, homenagens, até modos diversos de tratamento dos corpos, como o enterro ou a cremação.

A pandemia COVID-19, iniciada em dezembro de 2019 na China e disseminada para centenas de países em poucos dias e meses, com milhares de indivíduos infectados, mortos e curados, tem provocado uma transformação profunda na sociedade contemporânea, em diferentes aspectos.

Em contexto de pandemia, a morte se torna mais próxima e súbita do que nos parâmetros de rotina. Morte repentina, inesperada e precoce é preditora vista como complicadora para elaboração do luto normal e pode gerar transtornos psicológicos importantes nos indivíduos que vivenciam suas perdas com esse perfil. Sendo assim, em pandemias o processo de luto contém atravessamentos, com desdobramentos que potencializam o risco de agravar os sofrimentos psíquicos individuais e coletivos.

O LUTO NO CONTEXTO DO NOVO CORONAVÍRUS

Uma dimensão importante a ser considerada é que as mortes causadas pelo novo coronavírus trazem algumas características particulares que, assim como em outros contextos de crise, podem interferir no luto das pessoas envolvidas. Devido ao contexto de pandemia e suas especificidades de contágio, as mortes podem ser mais frequentes do que aquelas comumente enfrentadas, podendo ocorrer abruptamente

e demandando rituais díspares do que aqueles com os quais as culturas estão familiarizadas. Devido ao isolamento, as pessoas não podem estar com o paciente infectado e nem ritos de despedida, ações integrantes do processo de luto habitual. Nesse contexto, as possibilidades são aumentadas para o desenvolvimento de um luto complicado, ou seja: quando o processo de luto se dá de forma mais intensa e duradoura do que o esperado, por não ter conseguido processar a situação nem se despedir de forma que lhe permita ter um senso de realidade e concretude.

A pandemia COVID-19 traz impactos para a saúde mental, que podem envolver perdas e dores profundas. Diante disso, faz-se necessário pensar em alternativas que possam ajudar a lidar com aspectos novos das perdas na era do coronavírus, uma vez que os rituais em torno da morte, tão importantes para o luto, precisam ser redesenhados e ressignificados nesse contexto.

OS RITUAIS DE DESPEDIDA E SUA FUNÇÃO ORGANIZADORA

Assistimos, no contexto mundial, a diferentes cenários e possibilidades de como os países estão lidando e determinando os funerais, enterros e rituais de despedidas. As diferentes religiões e suas instituições também estão definindo condutas quanto a esses processos, com o intuito de oferecer apoio e suporte ao processo de enlutamento.

Contudo, as recomendações e orientações científicas e técnicas para o enfrentamento ao novo coronavírus têm sido o ponto central, inclusive no cuidado dos corpos após a morte, de modo a diminuir os riscos sanitários e de contaminação. Devido a isso, as autoridades sanitárias no âmbito da atenção à saúde e da vigilância sanitária têm elaborado orientações de como devem ocorrer os funerais e o manejo dos corpos.

Em alguns países asiáticos, em especial na China, foi proibido qualquer ritual de despedida aos mortos, para reduzir o risco de contaminação. Nos países europeus, tendo Itália como exemplo, os funerais foram

restritos a poucos presentes para o ritual de velório, do sepultamento ou cremação.

Sabe-se que os rituais de despedida são organizadores, importantes para um processo de luto normal dos indivíduos e o impedimento de vivenciar esse momento pode gerar intensos sentimentos de raiva, horror e choque que são somados a uma experiência de luto na comunidade, não apenas restrito ao âmbito familiar ou social mais próximo. Isso aumenta o risco de luto complicado e pode alterar a retomada de investimento nas situações necessárias para o enfrentamento da vida. É necessário desenvolver ou estimular junto aos enlutados, uma possibilidade de ritualizar e dar significado ao que estão enfrentando.

RECOMENDAÇÕES SANITÁRIAS PARA OS FUNERAIS NO BRASIL

As autoridades sanitárias nacionais, os órgãos de vigilância sanitária de cada unidade federativa, bem como as organizações e sindicatos ligados aos cemitérios e às empresas funerárias, têm elaborado recomendações sobre biossegurança no manejo dos corpos do hospital ao funeral, para a prevenção do risco de contaminação por COVID-19.

De modo geral, observa-se que a recomendação para os rituais fúnebres é que ocorram velórios com poucas pessoas, ou seja, apenas as pessoas mais próximas ao falecido; que o sepultamento seja feito com caixão lacrado, que não haja procedimento de tanatopraxia (limpeza, tratamento e maquiagem do corpo para o velório) e que, após o velório de, no máximo 1 hora de duração, o corpo seja cremado.

Além disso, a Portaria nº1/2020 publicada conjuntamente pelo Conselho Nacional de Justiça e o Ministério da Saúde, permite o sepultamento e cremação de pessoas sem atestado de óbito prévio, bem como determina ainda que a morte por doença respiratória suspeita para COVID-19, não confirmada por exames, deverá ter descrição da *causa mortis* como “provável para COVID-19” ou “suspeito para COVID-19”.

Este novo cenário imposto pela pandemia tem trazido inúmeros desafios quanto ao cuidado e à saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS) das pessoas que atravessam o luto por entes acometidos pela COVID-19. É fundamental que se implementem ações que amparem e facilitem familiares e amigos de vítimas da COVID-19, considerando cenários como: falecimento em residência, falecimento em hospitais sem a devida despedida dos mais próximos, falecimento solitário com pouca rede social de apoio, falecimento súbito de pacientes suspeitos de infecção, funerais nos quais não são possíveis o contato do enlutado com o falecido, dentre outros que podem gerar diversas repercussões de ordem psicossocial.

ESTRATÉGIAS DE SUPORTE E APOIO EMOCIONAL NO ENLUTAMENTO

- **Caso não seja possível a presença física, propor estratégias remotas de despedida.** Um exemplo é estimular os familiares e amigos a expressarem seu luto com o uso de tecnologias para a despedida, como ligações por vídeo ou mensagens de voz, além das cartas, e-mails e mensagens de despedida ao ente querido;
- **Caso o funeral seja adiado ou realizado num período muito curto, pode-se reservar um tempo para criar um memorial em casa.** Uma sugestão seria reservar um tempo olhando as fotografias do falecido, acender uma vela, escrever uma mensagem para ele, seguir um ritual cultural ou espiritual. Caso as recomendações de biossegurança permitam, é possível visitar algum local que traga memórias de conforto e afeto;
- **Organizar um livro de visitas on-line, para amigos e familiares assinarem e oferecerem suas condolências.** Os membros da família costumam encontrar conforto ao ler essas mensagens, e tê-las disponíveis on-line facilita olhar para elas quando se sentirem tristes;
- **Preparar equipes hospitalares para o contato com os familiares, seguindo orientações claras de atenção e cuidado na comunicação**

dos óbitos. Este preparo deve considerar o provável quantitativo elevado de mortes por COVID-19 e oferecer atenção aos profissionais responsáveis por esta comunicação, com indicação de que haja um rodízio dentre eles para evitar a sobrecarga;

- **Celeridade nos processos burocráticos ligados ao sepultamento a fim de evitar mais sofrimentos aos familiares da vítima.** Observar as especificidades de biossegurança e as necessidades específicas das famílias enlutadas quanto a seus desejos e significados, possibilitando ao máximo um ambiente acolhedor e o mais seguro possível;
- **Desenvolvimento de rituais fúnebres alternativos,** como cultos virtuais, missas virtuais, homenagens virtuais, musicais, fotográficas, entre outras, que auxiliem no processo de despedida, em especial no caso de mortes súbitas. Verificar também a possibilidade de homenagens coletivas a todas as pessoas sepultadas ou cremadas em mesmo local (seja em cada instituição, na mesma cidade, etc.), após o término da pandemia;
- **Propor às famílias opções alternativas para o funeral de seus entes,** tais como: funerais *on-line* – a fim de proteger funcionários, famílias e amigos de aglomerações e possíveis infecções; enterros escalonados, com os familiares sendo solicitados a revezar suas chegadas para manter grupos menores que 10 pessoas e seguir as diretrizes de distanciamento social e higiene;
- **Deve-se também orientar os trabalhadores envolvidos no gerenciamento de cadáveres.** É importante cuidar para que estes trabalhadores se sintam seguros na realização de sua atividade e cientes da necessidade de tratar a pessoa falecida com dignidade durante todo o processo, garantindo o respeito pelos familiares sobreviventes;
- **Fortalecimento das redes religiosas e/ou espirituais do falecido e dos enlutados.** Possibilitar contato virtual enquanto não é possível

presencial, com líderes religiosos importantes para a família e que sejam significativos para esse momento;

- **Atenção da rede socioafetiva às pessoas em processo de luto.** Caso alguém perceba que um familiar, ou amigo, está encontrando dificuldade em lidar com a situação, busque ajuda junto a outras pessoas, sejam profissionais de atenção psicossocial, sejam líderes comunitários, religiosos, ou mesmo dentro da própria rede. O fundamental é reconhecer seus limites e pedir ajuda quando esta se faz necessária.

Cada pessoa fica enlutada de sua maneira, não existindo, portanto, maneiras melhores ou piores, nem a imposição de uma sequência rígida, que normatiza o processo. O luto é uma experiência pessoal e única para cada pessoa e assim precisa ser respeitado.

Referências bibliográficas

ARIÈS, P. **História da Morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1977.

AUSTRALIAN CENTRE FOR GRIEF AND BEREAVEMENT. **Funeral Support and Physical Distancing**. Mar, 2020. Disponível em: https://www.grief.org.au/ACGB/Bereavement_Support/Grief_and_Bereavement_and_Coronavirus__COVID-19_/ACGB/ACGB_Publications/Resources_for_the_Bereaved/Grief_and_Bereavement_and_Coronavirus__COVID-19_.aspx. Acesso em: 13 de ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**: orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Atualizada em 08/05/2020. Brasília-DF, 2020. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+04-2020+GVIMS-GGTES-ANVISA/ab598660-3de4-4f14-8e6f-b9341c196b28>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus**: COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

CRISPIM, D. et. al. **Notícias de óbito durante a pandemia COVID-19: recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.** Mlnas Gerais: AMMG, 2020. 16 p. Disponível em: <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/%C3%93bito-COVID-19.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

FRANCO, M. H. P. The Brazilian Ways of Living, Dying, and Grieving. In: CACCIATORE, J.; DEFRAIN, J. **The World of Bereavement.** Springer, Cham, 2015. p. 147-158. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-13945-6_9. Acesso em: 14 agosto 2020.

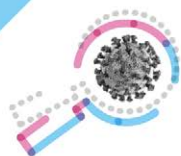
MENEZES, R. A. **Em busca da Boa Morte.** Fiocruz: Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/em-busca-da-boia-morte-antropologia-dos-cuidados-paliativos>. Acesso: 14 ago. 2020.

PANHOZZI, L. A. **Protocolo brasileiro para o setor funerário.** Destinatário: Dr. Luiz Henrique Mandetta. Botucatu, 22 de março de 2020. 1 carta. Disponível em: https://pdfhost.io/v/xKqI4I5HX_oficio_COVID19_ABR_23mar_2020.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

PARKES, C. M. **Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações.** São Paulo: Summus, 2009.

AS ESPECIFICIDADES DO CUIDADO NOS CICLOS DA VIDA





CRIANÇAS NA PANDEMIA COVID-19

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Angela Helena Marin, Bárbara Costa Andrada, Beatriz Schmidt,
Bernardo Dolabella Melo, Carolyne Cesar Lima, Claudia Mascarenhas Fernandes,
Cristina Ventura, Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni,
Ilana Katz, Iolete Ribeiro da Silva, Juliana Crespo Lopes, Kalil Maihub Manara,
Maria Aparecida Moysés, Maria Isabel Abelson, Mariana Rosa, Michele Kadri,
Nicolly Papacidero Magrin, Patrícia Almeida, Ricardo Lugon Arantes,
Simone dos Santos Paludo e Simone Gonçalves Assis*

A pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) tem trazido mudanças na vida cotidiana das crianças. Há indícios de que a taxa de mortalidade nessa faixa etária é relativamente menor em comparação a outros grupos, como adultos e idosos. No entanto, é preciso afirmar que todas as crianças estão suscetíveis às repercussões psicossociais da pandemia. A desigualdade social também determina diferentes níveis e condições de vulnerabilidade sobre a experiência da infância, de modo que os profissionais da saúde devem estar atentos às demandas de atenção e cuidado que se produzem nessa situação.

O objetivo desta cartilha é apresentar aspectos referentes à saúde mental e à atenção psicossocial a crianças na pandemia da COVID-19. Serão destacados, em particular, estressores relacionados à intensificação das interações familiares articulados à fragilização do funcionamento das redes de apoio. Além disso, também será enfatizada a atenção às crianças com demandas específicas de saúde e às refugiadas ou migrantes. Assim, pretende-se oferecer subsídios para a prática de profissionais da saúde que trabalhem junto a crianças e suas famílias, buscando auxiliá-las a lidar com situações desafiadoras que podem ser enfrentadas durante essa emergência de saúde pública.

É importante que tais profissionais façam valer seu compromisso ético com essa população, no sentido de manter e garantir seus direitos civis, bem como eliminar as possíveis barreiras sociais que impedem sua experiência e participação com equidade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

As crianças com deficiência¹, especificamente, estão expostas a um maior risco de contaminação pelo vírus por diferentes motivos, por exemplo:

¹No Brasil, de acordo com o Decreto 6949, de 25 de agosto de 2009, que ratifica a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, "pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com as diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas". Assim, a definição no ordenamento jurídico brasileiro contempla também condições comumente descritas a partir de diagnósticos psiquiátricos, e que ainda não são culturalmente compreendidas como deficiências – como é o caso de pessoas autistas ou pessoas que convivem com "sequelas de transtornos mentais" (Mello & Nuernberg, 2012; Sassaki, 2012).

- Dificuldades de implementar medidas básicas de higiene, como a lavagem das mãos (pias e lavatórios podem ser inacessíveis);
- Impossibilidade de manter o distanciamento social, dada a necessidade de apoio contínuo para atividades da vida diária;
- Possíveis condições de saúde preexistentes relacionadas à função respiratória, ao sistema imunológico, ao coração, dentre outras;
- Uso de tecnologias assistivas, como cadeiras de rodas, bengalas e outras, somado à assistência de terceiros para direcionamento e transferências, por exemplo, aumentando a exposição ao risco de contágio;
- Barreiras no acesso à informação sobre medidas de prevenção e de enfrentamento (ausência de recursos de audiodescrição, libras, legendas, linguagem simples, meios e formatos pouco acessíveis nos materiais de divulgação).

As crianças refugiadas ou migrantes também se mostram particularmente vulneráveis pela situação itinerante em que se encontram. Frequentemente suas famílias se aglomeram em abrigos ou periferias de grandes centros urbanos, locais marcados pelas precárias condições de habitabilidade, sem acesso a saneamento básico ou água potável. Além disso, enfrentam barreiras culturais e linguísticas que dificultam a comunicação entre esse grupo e os profissionais da saúde e da assistência social.

Dentre as medidas adotadas pelas autoridades sanitárias para conter a rápida escalada do contágio da COVID-19, destaca-se o distanciamento social que implicou no fechamento de escolas, interferindo na rotina e nas relações interpessoais na infância. Ademais, as crianças podem ser afetadas pelas dificuldades financeiras vivenciadas em suas famílias (ex., familiares ou cuidadores que perderam o emprego ou tiveram a renda reduzida) e, ainda, pelo adoecimento, hospitalização ou morte de pessoas próximas, o que traz implicações para o seu

senso de segurança e normalidade. Para as crianças com demandas específicas de cuidado², como aquelas autistas, com síndrome de Down, impedimentos corporais e experiências de sofrimento psíquico, por exemplo, o distanciamento social e a abrupta interrupção da rotina têm intensificado os impactos em sua saúde, desde a desorganização sensorial e psicológica, até perdas motoras.

Dentre as reações emocionais e alterações comportamentais frequentemente apresentadas pelas crianças durante a pandemia, destacam-se: dificuldades de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação. Em linhas gerais, essas manifestações são esperadas diante das adversidades do atual cenário. Nas crianças com demandas específicas de saúde, essas manifestações podem ocorrer de forma ainda mais frequente e intensa, dado o contexto de desigualdade e opressão a que estão sistematicamente submetidas. Compreender essa questão é essencial para atender adequadamente às necessidades de cada uma das crianças. Assim, evita-se o risco de considerar como patológicas reações que são adaptativas ou decorrentes de problemas sociais que precisam ser enfrentados coletivamente. Por outro lado, evita-se também negligenciar problemas de saúde mental que venham a surgir ou se intensificar durante ou após a vigência da pandemia (ex., na chamada “segunda onda”).

Lidar com essas reações emocionais e alterações comportamentais nem sempre é fácil para familiares ou cuidadores, os quais tendem a reportar níveis mais elevados de estresse e ansiedade nesse período. Tais sintomas acometem, de maneira desproporcional, as mães de crianças com deficiência e de crianças usuárias dos serviços de saúde mental que, muitas vezes, lidam com a ausência do pai e a sobrecarga de trabalho no papel de principal cuidadora e responsável pelos afazeres domésticos.

² Vide nota anterior.

As dificuldades nas interações familiares podem desencadear sintomas psicológicos na infância ou, ainda, incidir sobre o funcionamento do corpo em crianças com deficiência, podendo significar mudanças no tônus muscular, progressos ou perdas de funções. Isso sugere a importância de incluir familiares ou cuidadores nas estratégias de atenção psicossocial voltadas a todas as crianças, sobretudo durante a pandemia. É possível apoiá-los por meio de escuta sensível, incentivo à busca por apoio junto a seus pares e intervenções para promoção de práticas parentais positivas, bem como realização de encaminhamentos alinhados às particularidades de cada caso.

REPERCUSSÕES DA PANDEMIA NAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS

Interação familiar

O distanciamento social é uma medida de prevenção para conter a transmissão da COVID-19 que tem intensificado o convívio familiar, considerando que, muitas vezes, o cuidado das crianças era compartilhado com a rede de apoio (avós ou outros familiares, creches, escolas, serviços de saúde, entre outros). Mesmo que seja importante que essas crianças sigam mantendo contato com as pessoas com quem conviviam, sendo a tecnologia um recurso para manter tais relações, a possibilidade de os familiares ou cuidadores passarem mais tempo com as crianças tem viabilizado maior interação entre eles, o que permite que se conheçam melhor e reforcem um vínculo que é fundamental para o desenvolvimento infantil.

Há registros de experiências positivas também em relação ao comportamento e ao desenvolvimento das crianças com demandas específicas de saúde. Algumas apresentam satisfação em estar em casa com as famílias desde os primeiros tempos, outras se mostram tranquilas com a cidade esvaziada e mais silenciosa. Ficam, também, menos cansadas sem o excesso de atividades, estimulações de especialistas e saídas diárias no trânsito.

Por outro lado, quando a convivência é acompanhada de dificuldades devido à sobrecarga dos familiares ou cuidadores por atividades domésticas, trabalho fora de casa ou mesmo dentro de casa (ex., teletrabalho), bem como demandas das crianças (realização de atividades escolares a distância³, atividades de cuidado e lazer), a tensão pode se intensificar. Soma-se a isso o pouco ou nenhum espaço para ficar sozinho ou realizar atividades que gosta com tranquilidade. Então, é importante que as famílias entendam que é possível perder a paciência e sentir ansiedade e raiva em alguns momentos, afinal, vive-se um período de excepcionalidade. Por isso, manter o diálogo e a acolhida com as crianças poderá ajudá-las a compreender que há momentos difíceis que envolvem sofrimento, mas que é possível enfrentá-los para que se resolvam. Uma estratégia para enfrentar o período de distanciamento social durante a pandemia é organizar a rotina familiar.

Rotina familiar

Planejar o dia e mantê-lo o mais próximo possível da rotina habitual pode ser um fator protetivo contra o surgimento de sintomas relacionados à ansiedade e ao estresse. Ter um horário para acordar, fazer as refeições e dormir, assim como para realizar as diversas atividades, contribui para a organização do dia e também pode ser um aliado na promoção de bem-estar. As tarefas domésticas podem ser divididas inclusive com as crianças, respeitando o que conseguem fazer com segurança. Ter um tempo dedicado ao descanso também é fundamental, assim como o lazer não pode ser esquecido. As crianças precisam se movimentar, então, atividades que envolvam o corpo são necessárias, mas pode-se diversificar engajando-as em outras brincadeiras como jogos, desenhos e contação de histórias.

³Educação a distância é uma modalidade de ensino que envolve a construção do conhecimento produzido na interação entre pares por meio da utilização de ambientes virtuais, vinculada a uma instituição escolar. Homeschooling se refere à educação domiciliar apoiada na mediação de familiares, cuidadores ou professores, mas sem a vinculação com uma escola.

Nesse momento, o uso das telas (TV, smartphones, tablets, computadores) tem sido um aliado importante na manutenção dos laços sociais e afetivos das crianças. Embora o tempo diante de telas precise ser observado, e seja necessário garantir a adequação e a qualidade do conteúdo, há de se ter mais flexibilidade em seu uso. As recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria⁴, que oferecem parâmetros para o uso de telas fora das situações de crise, indicam que o tempo diário seja adequado à idade da criança, devendo-se desencorajar a exposição passiva. Tais recomendações não se aplicam aos casos de crianças não-verbais, que fazem uso da tecnologia como recurso de comunicação suplementar aumentativa. Nestes casos, o livre acesso deve lhes ser garantido, cuidando para que possam brincar também com menor necessidade das telas. As telas ou o telefone também podem garantir um contato importante às crianças refugiadas ou migrantes com seu país de origem, o que pode ser estimulado como estratégia para apaziguar a saudade e o sofrimento gerados nesse momento.

Ainda no que diz respeito ao uso consciente das tecnologias, um alerta importante é que a exposição em ambientes virtuais abre caminho para ação de criminosos sexuais e torna a criança vulnerável para a exploração sexual, inclusive. Por esse motivo, faz-se necessário estar atento nos *sites* a que a criança acessa, acionar o controle parental e o modo restrito nas páginas de acesso.

Além das atividades domésticas e de lazer, as crianças também têm tido demandas escolares. Aulas *on-line*, videoaulas, tarefas para serem realizadas são alguns exemplos das propostas que são feitas pelas escolas em diferentes níveis de ensino, que exigem tempo e dedicação não somente das crianças, mas também de um adulto que as auxilie. Questionamentos sobre a efetividade dessa forma de ensino têm sido feitos, sobretudo porque o uso de tecnologias não é acessível a todas as crianças, e os processos de escolarização não

⁴ Sociedade Brasileira de Pediatria (2020). Manual de Orientação #MenosTelas #MaisSaúde. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas_MaisSaude.pdf

se restringem à distribuição mais ou menos efetiva de conteúdos acadêmicos. Destaca-se como mais importante a possibilidade de as crianças manterem contato umas com as outras e com os professores. Possivelmente, o maior aprendizado que terão será como desenvolver recursos para enfrentar situações de crise, o que é fundamental para seu desenvolvimento, ainda que esse ganho não concorra com a experiência escolar presencial.

No caso das crianças com deficiência, as alternativas propostas pelas escolas, muitas vezes, representam novas barreiras à continuidade dos estudos. Isso sobrecarrega ainda mais os familiares ou cuidadores, que são responsabilizados por criar soluções de acessibilidade e adaptações de material para que as crianças possam acompanhar a turma. Quando isso não ocorre, inviabiliza-se a continuidade dos estudos, aprofundando a desigualdade na Educação.

Acolher a angústia e a frustração das crianças e suas famílias, nesse contexto, é essencial para minimizar as repercussões do provável sentimento de que são preteridas, ou foram deixadas para trás. Por outro lado, há intervenções específicas de cuidado a serem realizadas no ambiente doméstico (exercícios posturais, de alimentação, de comunicação, dentre outros) que podem ser negociadas com os familiares ou cuidadores, de modo que recebam orientação adequada para realizá-las. Para isso, será importante considerar suas condições e compreender que tais intervenções têm por objetivo favorecer a saúde e o bem-estar dessas crianças, sem, com isso, fomentar culpa ou exigências desnecessárias. Será importante, ainda, acolher a preocupação das famílias quanto a possíveis “regressões” nesse contexto.

Organizar e compor todas essas demandas é um desafio. Há de se ter uma estrutura, mas também flexibilidade. A construção conjunta de acordos e regras de convivência pode diminuir possíveis conflitos decorrentes de medidas restritivas para visitas ou saídas, por exemplo. As cobranças não devem se sobrepor à tolerância e à consciência de

que não será possível dar conta perfeitamente de todas as atividades. O mais rico aprendizado que poderá ficar desse período é o cuidado mútuo entre as pessoas e destas com o ambiente em que vivem.

Conversando com as crianças sobre a pandemia

Não é preciso ter medo de conversar sobre o que está acontecendo com as crianças. Elas já ouviram falar sobre o vírus e é possível explicar de uma forma compreensível e honesta sobre a doença, orientar com relação às medidas de cuidado e prevenção, esclarecer dúvidas e permitir que se expressem a respeito. É importante que os familiares estejam disponíveis para perceber e validar as emoções das crianças neste momento. Com o objetivo de auxiliar essa comunicação, muitos materiais estão sendo elaborados e sintetizam de forma lúdica e clara algumas informações sobre a COVID-19, tais como o livro intitulado “Coronavírus”⁵, da “Série Pequenos Cientistas”, e a cartilha do Ministério da Saúde, “Coronavírus: vamos nos proteger”⁶.

No caso das crianças com deficiência, é fundamental que as informações sobre a pandemia sejam disponibilizadas com ampla acessibilidade (audiodescrição, legendas, libras, etc.), de forma compreensível e apropriada ao estágio de desenvolvimento, com materiais explicativos em linguagem simples e em diversos formatos, dando preferência a ferramentas de apoio à comunicação que já são por eles conhecidas. Alguns materiais de referência são as [cartilhas desenvolvidas pelo Movimento Down](#)⁷, as [pranchas de comunicação para crianças não-verbais](#)⁸ ou ainda o [material desenvolvido pela Universidade Federal Fluminense voltado para a comunidade surda](#)⁹.

⁵ <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/Informe/site/arquivos/anexos/3215a7cc0290409c2e269c-01985666f97fa3f3fb.PDF>

⁶ <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/Cartilha--Crian--as-Coronavirus.pdf>

⁷ <http://www.movimentodown.org.br/editoria/down-por-al/noticias/>

⁸ <http://www.isaacbrasil.org.br/covid19-accedilolildees-e-iniciativass.html>

⁹ <http://www.uff.br/?q=informacoes-sobre-o-novo-coronavirus-COVID-19-para-comunidade-surda>

É fundamental que os serviços de atenção à saúde mantenham canais de comunicação remoto (telefone, aplicativos de mensagem, redes sociais ou outros) para repassar informações e orientações sobre a pandemia e tirar dúvidas sobre cuidados específicos.

Fatores de risco para violência contra crianças na pandemia

O aumento do tempo de permanência e de contato dentro do lar, que nem sempre oferece as melhores condições de bem-estar, pode favorecer as tensões e os conflitos e, até mesmo, episódios de violência. Vários eventos estressores característicos do período da pandemia podem aumentar a chance de violência e os desfechos negativos à saúde física e mental das crianças.

O estresse parental é um deles. A preocupação com os afazeres do trabalho remoto, o medo da perda do trabalho ou ainda a falta de trabalho e a necessidade de subsistência podem gerar mais ansiedade, irritabilidade e menor paciência para lidar com o cotidiano e com as necessidades das crianças. Ao mesmo tempo, no cenário de pandemia, as crianças também podem estar mais estressadas diante das restrições de mobilidade e de contato com seus pares e outros adultos significativos em suas vidas e, portanto, podem reagir de forma mais agressiva às demandas externas e às solicitações dos familiares. Gritos, xingamentos, insultos, desatenção a necessidades básicas de cuidado ou isolamento da criança no ambiente familiar podem acabar ocupando um espaço importante nas relações familiares, dando lugar à violência psicológica. Por vezes, a violência física também aparece quando palmadas, brigas e/ou agressões com ou sem objeto passam a ser utilizadas como estratégias de resolução dos conflitos, porém não passam de práticas violentas e não educativas. O estresse também pode ser um fator de risco para a relação conjugal dos adultos cuidadores. Embora pareça não envolver diretamente a criança, é importante ressaltar que o testemunho de situações de violência é danoso como são as próprias agressões sofridas contra si.

O distanciamento social traz outros riscos relacionados ao próprio isolamento dentro do lar. Às vezes, a casa pode não ser uma opção tão segura para aqueles que já vivenciavam a violência doméstica. Isolar é uma tática de controle bastante utilizada pelos agressores, uma vez que, sem a rede social de apoio, é mais fácil manter a violência escondida dentro de casa.

No Brasil, no mês de março, foi identificado um aumento de 17% no número de ligações notificando violência contra a mulher logo após a adoção da medida de distanciamento social¹⁰. Contudo, as notificações desses fatos podem vir a não acontecer, tendo em vista que as escolas, principais porta vozes na denúncia das violações, estão fechadas e a maior parte das crianças não consegue romper o ciclo de violência sozinha.

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU)¹¹, a interrupção da rotina na escola também aumenta a exposição das crianças com demandas específicas de saúde ao risco de negligência e maus tratos (não alimentar, não apoiar as medidas de higiene, etc.), bem como abuso e violência dentro de casa. Este grupo tem 1,5 vezes mais chance de ser vítima de abuso sexual e 4 a 10 vezes maior probabilidade de ter vivenciado maus tratos quando criança.

Caso os profissionais de saúde recebam essas denúncias, é importante considerar que, além do direcionamento aos órgãos responsáveis que estejam em funcionamento, devem se ater ao cuidado e à atenção em saúde com as pessoas envolvidas na situação, oferecendo escuta às partes, e procurando, com elas, agir sobre os fatores que as produziram.

De acordo com as orientações do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), ainda que durante a pandemia da COVID-19 algumas instituições e também serviços do Sistema de

¹⁰ Marques, E. S., de Moraes, C. L., Hasselmann, M. H., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: Panorama, motivações e formas de enfrentamento. Cadernos de Saúde Pública, 36(4), e00074420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074420>

¹¹ Organização das Nações Unidas (2018). Disability and development report. <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>

Garantia de Direitos estejam realizando atividades remotas, “conselhos tutelares e serviços de saúde e demais serviços da rede de proteção devem implementar ações para enfrentar o aumento dos casos de violência contra crianças e adolescentes”. Portanto, os serviços de saúde devem avaliar quais programas, projetos e serviços devem estar resguardados para a continuidade e o acompanhamento dos casos, por meio de utilização de recursos físicos do Estado, como equipamentos técnicos, sistemas *on-line*, além de disponibilização de linhas telefônicas móveis para atuação em face do serviço emergencial e a pactuação de um fluxo mínimo para atendimento presencial nesse período.

Segundo o CONANDA, é recomendado ao Sistema de Garantia de Direitos facilitar o contato das crianças com a rede de proteção para pedido de ajuda e, “no caso dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que se mantiverem em atividade de visita domiciliar e que cuidem de famílias com crianças, estes devem prestar atenção a esse quesito e sempre tentar manter contato direto com a criança em busca de sinais indicativos de situações de violência, os quais devem ser informados à gerência da unidade para devidas providências”. Sugere-se também que as equipes da ESF tenham acesso a informações sobre práticas parentais positivas, auxiliando as famílias atendidas a utilizar estratégias construtivas para resolução de conflitos, de forma a prevenir a ocorrência de situações de violência contra crianças no ambiente doméstico.

Assistência às crianças refugiadas ou migrantes em tempos da COVID-19

Além das recomendações sobre os cuidados às crianças em geral, já apresentadas anteriormente, é importante considerar alguns cuidados específicos na atenção às crianças refugiadas ou migrantes durante a pandemia¹². Sugere-se estimular as famílias a preparar comidas típicas,

¹² Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a América Latina é a região que recebeu o maior número de imigrantes desde que a crise na Venezuela começou. De 2015 até então, 4,5 milhões de venezuelanos deixaram o país e cerca de 178 mil vivem hoje no Brasil, com uma estimativa de que 20% a 30% sejam crianças e adolescentes. Várias outras nacionalidades solicitaram refúgio ao Brasil durante esse período, dentre elas os haitianos e sírios.

incluindo as crianças nesse processo, por se tratar de uma boa forma de fortalecer laços e se divertir.

Destaca-se também a importância de garantir que profissionais da saúde atendam essas famílias em situação extrema de vulnerabilidade e conheçam de perto a sua realidade, buscando orientar os familiares ou cuidadores para proteger as crianças nesse período de pandemia. Deve-se, contudo, respeitar as diferentes formas de pensar a saúde, a partir da realidade cultural de cada família, e oferecer atendimento alinhado às demandas apresentadas. Os serviços de saúde também devem estabelecer estratégias locais de proteção às crianças que vivem nas fronteiras - áreas potencialmente mais vulneráveis.

Acesso e acolhimento de demandas agudas

No caso de crianças com demandas agudas ou necessidades específicas de cuidado, oferecer canais de comunicação acessíveis (telefone, aplicativos de mensagem, redes sociais ou outros), com os técnicos de referência, é um modo de permitir contato para acolhida.

Além disso, recomenda-se informar aos familiares ou cuidadores que é um período em que podem ocorrer um agravamento das experiências de sofrimento e alterações significativas de comportamento. As crianças podem apresentar insônia, aumento da agitação, aumento das dificuldades na comunicação, falta de apetite, perda de controle esfinteriano e medo. Nesse sentido, os serviços devem buscar fortalecer as articulações intra e intersetoriais para ampliar o suporte à crise e redefinir os projetos terapêuticos singulares (PTS) com os usuários e seus familiares ou cuidadores, considerando a mudança drástica de cenário, dedicando especial atenção às populações em situação de vulnerabilidade.

Propõe-se ainda envolver as crianças e seus familiares ou cuidadores na elaboração de um plano para lidar com os episódios de emergência, explicitando as instruções sobre quando administrar as medicações “SOS” ou “se necessário” (caso de epilepsia, por exemplo) e em que

ocasião é preciso procurar atendimento hospitalar. Também cabe sugerir que informações a respeito dos cuidados com as crianças (incluindo as medicações, caso utilizem) estejam anotadas e dispostas em lugar de fácil acesso, para que outros familiares possam segui-las em caso de hospitalização dos cuidadores habituais.

A realização de encontros *on-line* com mediação de profissionais de referência (por internet, telefone, aplicativos de mensagens, redes sociais) é desejável e constitui uma estratégia importante de promoção de saúde mental. Recomenda-se a criação desses grupos a partir de uma lógica comunitária e territorial e, preferencialmente, em torno de temas de interesse das crianças. Elas podem ser motivadas a participar desses encontros, por também necessitarem verificar que todos estão bem, incluindo familiares, cuidadores e profissionais, para que se sintam seguras.

Por fim, é válido notar que a redução do número de pessoas nas equipes de atenção à saúde, assistência social e proteção pode resultar em dificuldade ou impossibilidade de acessar diretamente as famílias que mais precisam de cuidados no momento da pandemia. Nesse sentido, é necessário que os serviços, especialmente os de saúde mental, mantenham dispositivos de contato com seus usuários, ainda que remotamente. Recomenda-se o fortalecimento intrassetorial (especialmente com a atenção básica, dada sua capilaridade nos territórios) e intersetorial. Os serviços devem manter uma rotina de monitoramento por canais remotos para os casos de maior vulnerabilidade, além de criar planos de ação para a realização de visitas domiciliares, caso haja agravamento das condições de vida, respeitando as medidas de segurança sanitária.

Ademais, nesse momento, é fundamental que todos possam estar alertas a qualquer suspeita de violência, afinal é dever da família, da sociedade e do Estado proteger o desenvolvimento pleno e saudável de crianças.

Preparando o término da quarentena e do distanciamento social

Antecipando as preocupações e cuidados advindos do término da quarentena, é recomendado considerar que a possibilidade de transmissão do vírus não cessará, apenas se reduzirá o impacto quantitativo da onda de transmissão, o que faz necessário que a retomada da rotina, do trabalho e dos serviços de atenção à saúde seja planejada. A abertura pode ocorrer por etapas: primeiro, com atendimentos domiciliares; depois, com cuidados adicionais - para evitar encontros entre os usuários do serviço de saúde em salas de espera ou áreas comuns; e, num último momento, os trabalhos de grupo e reuniões de equipes.

É importante que se possa acolher e trabalhar o assunto da pandemia, do que foi vivido no distanciamento social, dos efeitos que persistem de tristeza, medo da morte ou outras preocupações, mesmo em atendimentos mais especializados, de modo a validá-los. Igualmente, é essencial que experiências de resiliência, solidariedade e compaixão também sejam compartilhadas. Nesse sentido, para melhor efeito e continuidade do trabalho, as equipes poderão fazer da volta uma oportunidade para falar sobre o que ocorreu quando estavam separadas.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos. Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente. **Recomendações do CONANDA para a proteção integral a crianças e adolescentes durante a pandemia do COVID-19.** Brasília, DF, 2020. 5 p. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomenda%C3%A7%C3%B5es-CONANDA_COVID-19.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 ago. 2009, p. 3 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 15 Ago. 2020.

FRENCH, J. A. et al. Keeping people with epilepsy safe during the COVID-19 pandemic. **Neurology Journals**, Minneapolis, USA, v. 94, n. 23, p. 1032-1037, 2020. Disponível em: <https://n.neurology.org/content/early/2020/04/22/WNL.0000000000009632>. Acesso em: 15 ago. 2020.

UNICEF BRASIL. **30 anos da convenção sobre os direitos da criança:** avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil. Brasília: UNICEF, 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/sites/unicef.org/brazil/files/2019-11/br_30anos_cdc_relatorio.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

UNICEF BRASIL. **Migrantes e refugiados recebem itens de higiene para se proteger do coronavírus:** a confirmação da COVID-19 entre a população migrante venezuelana acelera a resposta para conter a disseminação da doença. UNICEF distribuiu álcool em gel e sabonetes. Boa Vista, 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/migrantes-e-refugiados-recebem-itens-de-higiene-para-se-proteger-do-coronavirus>. Acesso em: 15 ago. 2020.

GOLBERSTEIN, E.; WEN, H.; MILLER, B. F. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and mental health for children and adolescents. **JAMA Pediatrics**, Chicago, USA, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2764730>. Acesso em: 15 ago. 2020.

JIAO, W. Y. et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. **The Journal of Pediatrics**, Philadelphia, USA, v. 221, p. 264, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127630/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00074420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n4/e00074420/> Acesso em: 15 ago. 2020

DE MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, p. 635-655, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000300003 Acesso em: 15 ago. 2020.

PETERMAN, Amber. Pandemics and violence against women and children. **Center For Global Development**, n. 528. Disponível em: <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-violence-against-women-and-girls.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

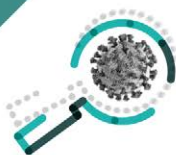
NARZISI, A. Handle the autism spectrum condition during coronavirus (COVID-19) stay at home period: Ten tips for helping parents and caregivers of young children. **Brain Sciences**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 207, 2020,

UNITED NATIONS. Department of economic and social affairs. **Disability and development report**: realizing the sustainable development goals by, for and with persons with disabilities. New York: UN, 2019. <https://social.un.org/publications/UN-Flagship-Report-Disability-Final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

SASSAKI, R. K. **Conhecendo pessoas com deficiência psicossocial**. Rio de Janeiro: OAB/RJ, 2012. Disponível em: http://www.oabrj.org.br/arquivos/files/-Comissao/cartilha_autismo.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual de orientação**: grupo de trabalho saúde na era digital: #MenosTelas, #MaisSaúde. dez., 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-_MenosTelas__MaisSaude.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020.

WEAVER, M. S.; WIENER, L. Applying palliative care principles to communicate with children about COVID-19. **Journal of Pain and Symptom Management**, Philadelphia, USA, 2020. Disponível em: [https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30171-8/pdf](https://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(20)30171-8/pdf). Acesso em: 15 Ago. 2020.



RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO HOSPITALAR

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Bernardo Dolabella Melo, Carla Biancha Angelucci,
Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni,
Ilana Katz, Isabel Rodrigues, Ionara Vieira Moura Rabelo,
Juliana Fernandes Kabad, Michele Souza e Souza
e Nilson Sibemberg*

Tendo em vista que as crianças têm uma forma díspar do adulto de compreender a pandemia e de comunicar seus sofrimentos e pesares, é importante pensar estratégias de cuidado específicas para elas. Algumas crianças negam completamente ou se mostram indiferentes quando confrontadas com situações que causam grande sofrimento como, no caso da pandemia, o afastamento dos avós, colegas e professores da escola, amigos, ou mesmo dos adultos de referência.

O impacto emocional gerado pelo sofrimento agudo, quando não é adequadamente manejado pelos adultos do seu entorno, pode ser tão grave que as crianças se recusam a falar sobre o que viveram. Entretanto, geralmente elas são capazes de lembrar e contar experiências impactantes quando seus sentimentos de medo estiverem sob controle.

As recomendações sobre a internação de crianças com diagnóstico de COVID-19 devem ser moduladas por princípios éticos que garantam o respeito às diferenças e particularidades dos grupos etários e situações específicas, como a das crianças com deficiência e/ou com agravos de saúde pré-existent.

SOBRE A PRESENÇA DE FAMILIARES

- Idealmente, cada criança, em seu período de hospitalização, deve estar acompanhada de um adulto de referência. A ausência deste, no caso do isolamento completo de crianças e adolescentes, pode desencadear agravos à saúde mental que podem ocorrer durante o período de internação (agitação, crise de angústia, quadros depressivos), podendo perdurar após a alta hospitalar. Neste sentido, a presença e o suporte da rede socioafetiva é entendida como prioritária;
- A pandemia da COVID-19 exige que as instituições hospitalares que atendem crianças ofereçam condições de acolhimento de um adulto

de referência para elas, o que inclui garantir o bem-estar e a segurança desse acompanhante. Assim, é necessário que ele use equipamentos de proteção individual (EPI) para mitigar os riscos de contágio;

- Na impossibilidade de se manter um dos cuidadores diretos, deve-se estabelecer uma nova referência para acompanhar regularmente a criança e a manutenção do contato frequente por meios de comunicação a distância como telefone, mensagens de texto e de áudio e, principalmente, chamadas de vídeo.

SOBRE A COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA HOSPITALIZADA

A qualidade da comunicação com a criança é o principal cuidado em saúde mental durante a internação. Por isso, orientamos familiares, cuidadores e profissionais a:

- Não mentirem sobre o diagnóstico e o tratamento para as crianças e os adolescentes. Todos têm o direito de saber o que está acontecendo, o que vai acontecer e também de participar ativamente das escolhas que estiverem ao seu alcance no curso do tratamento;
- Manterem constante contato e comunicação – mesmo que não verbal e por meios de comunicação a distância – da criança e do adolescente com outras pessoas. O isolamento não pode se configurar como experiência de abandono, por isso, a ênfase na dimensão lúdica dos contatos, oportunizando, sempre que possível, alguma forma de brincar. Por exemplo, os EPIs e espaços podem ser customizados, permitindo identificação e familiaridade com pessoas e ambientes;
- Reiterarem constantemente às crianças e aos adolescentes que o toque não é possível, mas que todos estão alertas e preocupados com seu cuidado e bem-estar;
- Proporcionarem condições de manutenção da noção de tempo, de modo a combater o fenômeno comum da sensação de “eterno presente”

na internação. Estabelecer indicadores de dia e noite, passagem de dias e horas é fundamental para que crianças e adolescentes possam organizar-se internamente e suportar o processo de hospitalização e manter vivos seus projetos de retorno à casa;

- Possibilitarem e estimularem crianças e adolescentes a manterem consigo objetos pessoais (fotos, brinquedos, livros), que cumpram a necessária função de sustentação de suas ligações com a família, com a casa, com sua própria história;
- Procurarem ativamente fornecer meios para que crianças e adolescentes expressem pensamentos, sentimentos e percepções relacionados aos acontecimentos que vivenciam;
- Protegerem crianças e adolescentes, garantindo-lhes o direito de viverem seus pesares, compartilhando com eles o que aconteceu de maneira simples, honesta e adequada à sua possibilidade de entendimento. Os recursos para lidar com o sentimento de medo se ampliam quando conseguimos dimensionar os riscos;
- Reassegurarem às crianças e aos adolescentes que eles não têm culpa dos acontecimentos que levaram à hospitalização.

RECOMENDAÇÕES GERAIS

- Ajude as crianças a encontrar maneiras de expressar sentimentos, tais como atividades criativas como brincar e desenhar;
- Crianças se beneficiam da rotina e da estrutura: ainda que inicialmente se relaxem as regras usuais, trate de manter a estrutura e as responsabilidades familiares. Incentive as crianças a continuarem a brincar e socializar com os outros, mesmo que apenas dentro da família quando aconselhados a restringir contato físico;
- Situações estressoras e potencialmente traumáticas, como adoecimento e internação, podem desencadear o surgimento de comportamentos não habituais para a criança, como voltar a chupar

dedo, urinar na cama ou querer dormir com os pais. Essa mudança demonstra que o sofrimento se prolonga após a experiência, e por isso recomenda-se o acolhimento dessas manifestações e que os adultos de referência possam falar com a criança ou o adolescente sobre isso que observam, ofertando caminhos para a elaboração da vivência traumática de desamparo.

Referências Bibliográficas

ABAD, C.; FEARDAY, A., SAFDAR, N. Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review. **Journal of Hospital Infection**, Birmingham, United Kingdom, 2010. v. 76, n. 2, p.97-102. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670110002446>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Resolução nº 41 de 17 de outubro de 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**. Brasília, Seção I, p. 16319-16320, 1995.

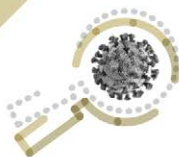
KIRKLAND, K.B., WEINSTEIN, J.M. Adverse effects of contact isolation. **The Lancet** London, England, v. 354 p.1177-1178. 1999. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)04196-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)04196-3/fulltext). Acesso em: 13 ago. 2020.

KOLLER, D. F. et. al. Paediatric pandemic planning: children's perspectives and recommendations. **Health and Social Care in the Community**, Toronto, v. 18 n. 4, 2010. p. 369-377. Disponível em: <https://on-line.library.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2524.2009.00907.x>. Acesso em 13 ago. 2020.

KOLLER, et al. Bowlby and Robertson revisited: the impact of isolation on hospitalized children during SARS. **Journal of developmental and behavioral pediatrics**, Philadelphia, USA. 2006, v. 27, n. 2, p. 134-140. Disponível em: https://journals.lww.com/jrnlbbp/Abstract/2006/04000/Bowlby_and_Robertson_Revisited__The_Impact_of.10.aspx Acesso em: 13 ago. 2020

MCNEIL, J.C.; CAMPBELL, J.R.; CREWS, J.D. (Ed.) **Healthcare-Associated infections in children: a guide to prevention and management**. Texas, USA: Springer, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR. **Recomendações aos Psicólogos Hospitalares frente à Pandemia do COVID-19**. São Paulo, 21 de março de 2020. Disponível em: http://www.sbp.org.br/site/images/2020/2020_coronavirus/Recomendacao%20aos%20Psicologos%20Hospitalares%20frente%20a%20Pandemia%20do%20Covid.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.



RECOMENDAÇÕES AOS TRABALHADORES E CUIDADORES DE IDOSOS

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Ana Claudia Quintana Arantes, Beatriz Schmidt, Bernardo Dolabella Melo,
Carolyne Cesar Lima, Daniel Groisman, Dalia Elena Romero Montilla,
Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni,
Juliana Fernandes Kabad, Maria Goretti Maciel, Michele Kadri,
Michele Souza e Souza e Nicolly Papacidero Magrin*

Pessoas a partir dos 60 anos estão mais propensas ao agravamento da sua condição de saúde em função da COVID-19, principalmente, quando apresentam comorbidades, tais como diabetes, hipertensão e cardiopatia, que acabam por exacerbar os riscos da infecção pelo novo coronavírus, uma vez que podem dificultar o enfrentamento e a recuperação da doença. Isso tem implicações importantes para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento da doença. Além do contexto biológico, devem ser considerados no planejamento e na execução dos cuidados aos idosos durante a pandemia aspectos emocionais, sociais e relacionais ligados ao envelhecimento, bem como características dos serviços de saúde.

A COVID-19 tende a impactar a saúde e o bem-estar dos idosos, ainda que eles não sejam infectados pelo novo coronavírus. Nesse sentido, um primeiro desafio envolve as repercussões psicológicas da pandemia ou das medidas adotadas para contê-la, com destaque para o medo (por exemplo, de ser infectado, transmitir a doença, vir a falecer ou mesmo perder pessoas queridas), bem como à frustração e à solidão que podem ser provocadas em decorrência da mudança da rotina e do distanciamento social.

Vale salientar que, antes mesmo da COVID-19, muitos idosos referiam se sentir isolados, de forma que as implicações das medidas adotadas para conter a doença têm potencial para amplificar o sofrimento nesses casos. Além disso, o avanço progressivo do tempo pode culminar em diversas perdas físicas, sociais e cognitivas para a pessoa idosa. Por isso, o contexto de pandemia de COVID-19 pode significar além de outras situações de estresse, mais perdas em potencial, o que vai exigir intensa elaboração emocional do sujeito que envelhece.

Um segundo desafio diz respeito às dinâmicas familiares ou interacionais. Há idosos cuja rede de apoio é pequena ou mesmo que vivem fisicamente distantes de seus filhos, netos e demais familiares. Nesses casos, seguir medidas de restrição a deslocamentos e distanciamento

social se torna complexo, pois itens de primeira necessidade, tais como alimentos e medicamentos, precisam ser adquiridos. Como nem todos os idosos contam com pessoas ou recursos (por exemplo, condições para acessar e custear serviços de entrega em domicílio) que facilitem essas atividades cotidianas, eles podem se expor a um maior risco de infecção ao realizá-las.

Por outro lado, há idosos que vivem na mesma residência que seus filhos, netos e demais familiares e/ou contam com cuidadores formais, o que também tende a aumentar as chances de contágio, visto que casas com muitos moradores dificultam o isolamento. O mesmo se aplica às instituições de longa permanência para idosos (ILPI), onde a proximidade física costuma ser intensa, envolvendo idosos, cuidadores e, frequentemente, visitantes. Em todos esses casos, quando ocorre a infecção pelo novo coronavírus, o sentimento de culpa pode emergir por parte do idoso ou das pessoas que convivem com ele, o que tende a gerar repercussões negativas.

Um terceiro desafio consiste na capacidade dos serviços de saúde para lidar com o aumento repentino da demanda, incluindo leitos hospitalares, respiradores e outros suprimentos. Isso se associa à tendência de maior mortalidade de idosos durante a pandemia, visto que essa faixa etária parece ter sua condição de saúde particularmente afetada pela COVID-19.

Para enfrentar desafios, algumas ações são recomendadas:

- Orientações ao idoso e/ou membros da rede de apoio sobre medidas para manter a saúde, prevenir a infecção pelo novo coronavírus, acessar alimentos, medicamentos e outros suprimentos básicos para a vida cotidiana;
- Orientações ao idoso e/ou membros da rede de apoio sobre como manter conexões sociais, ainda que interações face a face não sejam possíveis nesse momento. Isso inclui informações sobre recursos

tais como mensagens de texto, áudio e vídeo (por exemplo, quando o idoso tiver acesso à *internet*, *smartphones* ou computadores e conseguir utilizá-los), ou mesmo telefonemas, cartas e desenhos feitos por netos ou outras crianças afetivamente próximas;

- Sugere-se também que o cuidador (formal ou não) ofereça atividades como ver cursos *on-line*, leituras, músicas, bem como tentar manter encontros já tradicionais (por exemplo: se a pessoa tinha um encontro semanal com amigos, tentar fazer um encontro virtual no mesmo dia e horário);
- Mesmo dentro de casa, encontrar um local para banho de sol e incentivar o idoso à prática de atividades físicas leves, como caminhada (se for utilizar espaços sociais coletivos, como os espaços de convivência de prédios e praças, por exemplo, verificar se não há outras pessoas e manter a distância mínima de segurança). Caso não seja possível, mostrar atividades *on-line* que o idoso possa repetir em casa;
- Proteção ao consumidor idoso, o que envolve ampla divulgação de informações sobre como obter itens de primeira necessidade com segurança;
- Acesso assegurado à previdência social, bem como aos programas de assistência social e distribuição de renda, quando necessário, para evitar que dificuldades financeiras sejam um estressor adicional ao idoso e/ou membros da rede de apoio durante a pandemia.

BOAS PRÁTICAS RECOMENDADAS NO MANEJO DO ISOLAMENTO HOSPITALAR DE IDOSOS

Considerando a experiência de outros países (por exemplo, China, Espanha e Itália), muitos idosos infectados pela COVID-19 necessitam de internação hospitalar e, inclusive, cuidados em unidade de terapia intensiva. Para evitar a disseminação da doença, esses pacientes têm permanecido em isolamento no hospital.

Tradicionalmente, o hospital é percebido como um local inóspito, que evoca medo e insegurança, sobretudo para pessoas que se submetem a procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais invasivos e recebem informações insuficientes ou inadequadas durante a sua realização. Na pandemia do novo coronavírus, medo e insegurança podem se mostrar particularmente presentes entre idosos, por se tratar de uma doença pouco conhecida e potencialmente fatal, bem como pela necessidade de isolamento.

Nesse sentido, é importante que sejam seguidas as recomendações gerais para o acolhimento do idoso em unidades hospitalares (por exemplo, não se dirigir a ele de forma desrespeitosa ou com linguagem infantil; realizar escuta qualificada; atendê-lo com empatia; criar e manter vínculos seguros). Adicionalmente, destacam-se também recomendações específicas sobre a COVID-19, as quais podem favorecer a adaptação à situação de adoecimento e hospitalização, buscando promover qualidade de vida e saúde mental no contexto da pandemia:

- Manter comunicação clara e respeitosa, com informações compreensíveis, realísticas e cuidadosas sobre a condição de saúde do idoso e, se for o caso, sobre a possibilidade de agravamento rápido da doença, buscando envolvê-lo na tomada de decisões e encorajá-lo a expressar seus desejos, quando possível. O suporte eficaz, fornecido por toda a equipe de saúde, pode aliviar a ansiedade experimentada no ambiente de isolamento, reduzindo a necessidade de medicações psicotrópicas e, por conseguinte, seus efeitos colaterais indesejados;
- Fornecer informações sobre os procedimentos da unidade de isolamento (por exemplo, deve ficar claro se o paciente pode sair do quarto e quem tem permissão para entrar), tanto ao idoso quanto à rede de apoio;
- Caso necessário, utilizar uma ampla variedade de métodos de comunicação para transmitir informações (por exemplo, material escrito, visual e verbal). Se houver dificuldade de compreensão,

repetir as informações em vários formatos para melhorar o entendimento por parte do paciente idoso e da sua rede de apoio;

- Realizar uma avaliação básica do status psicológico/emocional ao iniciar as precauções de isolamento;
- Identificar junto ao idoso atividades que ele classifique como prazerosas e que possam ser realizadas no ambiente de isolamento (por exemplo, músicas, livros, filmes e/ou programas favoritos);
- Pacientes idosos que indicarem uma preferência espiritual ou religiosa devem ter a oportunidade de expressar sua fé no ambiente de isolamento. Assim, quando apropriado e viável, pode-se estimular a prática de orações junto de colaboradores que expressem a mesma crença do paciente, ou mesmo disponibilizar o acesso remoto a celebrações religiosas (por exemplo, missas e cultos transmitidos pela televisão ou pela *internet*). Essa atitude minimiza o estresse e fortalece vínculos de confiança, favorecendo a aderência aos tratamentos propostos;
- Se possível, incluir um profissional de saúde mental como parte da equipe, para avaliar rotineiramente pacientes isolados. Atendimento realizados por psicólogos ou psiquiatras podem ser disponibilizados via teleconferência ou videoconferência, se os serviços presenciais não forem viáveis ou não estiverem disponíveis;
- A equipe de saúde deve estar focada em cuidar do idoso no ambiente de isolamento, entretanto, sugere-se manter contato frequente com a rede de apoio para informar sobre o estado de saúde do paciente;
- Incentivar e facilitar as conexões entre o idoso em isolamento e a rede de apoio, o que pode ser feito por meio de recursos como cartas, telefonemas, mensagens de texto, áudio e vídeo. Nessas conexões com a rede de apoio, é possível incluir crianças afetivamente próximas do idoso (por exemplo, netos), quando for o caso, o que gera senso de pertencimento intergeracional. Em linhas

gerais, essas interações costumam gerar impactos positivos para todos os envolvidos;

- Oferecer suporte psicológico também aos membros da rede de apoio, sempre que possível, tendo em vista a possibilidade de surgimento de reações e sintomas de estresse, ansiedade e depressão (por exemplo, nos casos em que o idoso reside ou tem contato direto com a família, além da preocupação pela infecção, hospitalização e possibilidade de agravamento rápido do quadro de saúde do idoso, a família pode também estar aflita com outros familiares infectados, hospitalizados ou mesmo experienciando dificuldades financeiras);
- Garantir o direito a acompanhante, quando possível, levando em consideração as seguintes orientações: conversar com a família sobre a possibilidade de manter um único acompanhante para o paciente durante o período de internação, sendo este com idade entre 18 e 59 anos, sem doenças crônicas ou agudas e/ou antecedentes de doenças crônicas/imunossupressão. O revezamento de acompanhantes deve ser realizado somente se necessário;
- Integrar ações em diferentes níveis, incluindo promoção à saúde, cuidados paliativos e assistência ao luto, se necessário. A esse respeito, destaca-se a importância dos “rituais de despedida”, os quais são realizados com pacientes na eminência da morte e membros da sua rede de apoio, envolvendo encorajamento à comunicação, resolução de questões pendentes, agradecimentos e lembranças dos momentos agradáveis compartilhados, bem como pedidos de perdão. Nesse processo, a morte pode ser reconhecida como parte do ciclo de vida e os legados familiares podem ser resgatados ou fortalecidos. Ainda que o contato face a face não seja possível em função do isolamento, recursos tecnológicos contribuem na realização de rituais de despedida no contexto da COVID-19 (por exemplo, videoconferência). Isso tende a favorecer a qualidade de morte dos idosos e a qualidade de vida dos membros

da sua rede de apoio, com potencial para facilitar a experiência de luto.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS SOBRE O MANEJO DOS CUIDADOS HOSPITALARES COM IDOSOS

O *delirium*, definido como uma perturbação aguda e flutuante da consciência e da cognição, é considerado o distúrbio neurocomportamental mais frequente em idosos hospitalizados, podendo acometer de 56% a 72% daqueles internados em unidade de terapia intensiva. A sua relevância resulta não apenas da expressiva incidência/prevalência nesses indivíduos, mas também do seu impacto na morbimortalidade, no risco de demência e de institucionalização pós-alta hospitalar.

Sendo assim, é fundamental a sensibilização da equipe para o cuidado ao idoso em risco para *delirium*. Nesse sentido, pode-se incluir na prescrição de enfermagem a atenção aos sinais de presença de dor, prisão de ventre, retenção urinária, ambiente de muito calor ou frio e barulhos desnecessários (por exemplo, conversar alto durante os plantões da madrugada). Ademais, deve-se evitar questionamentos continuados de orientação e memória, sendo mais adequado manter visível um calendário e um relógio, bem como manter a luz do dia disponível no quarto desses pacientes. Outro aspecto importante consiste em sensibilizar a equipe de enfermagem para instruir a família sobre o quadro de *delirium*.

O envelhecimento também está associado à maior incidência de quadros de comprometimento cognitivo leve e moderado, os quais podem ser considerados sinais importantes para o diagnóstico de transtornos demenciais. Nesses casos, tende a ser mais difícil o manejo de situações relacionadas à COVID-19, tais como isolamento, uso de máscaras, higienização, internação. Além disso, pessoas com esses comprometimentos terão maior dificuldade para verbalizar sintomas e desconfortos. Portanto, uma equipe sensível e qualificada para lidar

com tais condições trará resultados potencialmente melhores no tratamento desses pacientes.

O adoecimento e a hospitalização de idosos em decorrência da COVID-19 traz repercussões não somente para os pacientes e seus familiares, mas também para os profissionais da saúde que os acompanham, os quais, mesmo sobrecarregados com a demanda de cuidados físicos, também têm se empenhado para oferecer apoio psicológico, sempre que possível. Nesse contexto, deve-se reconhecer tanto o sofrimento quanto a capacidade de superação de todos os envolvidos, o que tende a promover conforto na desafiadora situação de pandemia.

Referências Bibliográficas

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (AGS). **AGS Coronavirus disease 2019 (COVID-19) information HUB**, New York, USA, 2020. Disponível em: <https://www.americangeriatrics.org/covid19>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ARANGO, C. Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. **Biological Psychiatry**, Amsterdam, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7141703/pdf/main.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BAJWAH, S. et al. Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19. **European Respiratory Journal**, Chicago, USA, 2020. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/erj/early/2020/04/07/13993003.00815-2020.full.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de COVID-19**. 2020. Brasília, DF. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacoes-para-acompanhantes-e-ou-visitantes-nos-servi-os.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

FAUSTINO, T. N. et al. Prevenção e monitorização do delirium no idoso: uma intervenção educativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 725-732, 2016.

FERGUSON, N. et al. **Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand**. London: Spiral, 2020. 20 p. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk:8443/bitstream/10044/1/77482/14/2020-03-16-COVID19-Report-9.pdf>. Acesso em: 15. ago. 2020.

O CUIDADO A GRUPOS E POPULAÇÕES SOCIALMENTE VULNERÁVEIS





RECOMENDAÇÕES PARA OS CONSULTÓRIOS NA RUA E A REDE DE SERVIÇOS QUE ATUAM JUNTO COM A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

Alexandre Teixeira Trino, Ana Lígia Gomes, Carina Maria Batista Machado, Carolina Sampaio Vaz, Carolyne César Lima, Bernardo Dolabella Melo, Daphne Rodrigues Pereira, Fernanda Serpeloni, Guilherme Augusto Pires Gomes, Joice Pacheco, Jorge Samuel Dias Lima, Juliana Fernandes Kabad, Marcelo Pedra Martins Machado, Maria Fabiana Damásio Passos, Michele Souza e Souza, Nicolly Papacidero Magrin e Stella Gomes Alves dos Santos

O cenário da pandemia COVID-19 exige a reorganização das formas de atenção e cuidado, pautada pela definição dos objetivos e ações prioritárias. Nesse contexto, aponta-se para a necessidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), trabalharem com abordagem sindrômica do problema, não sendo exigida a identificação do fator etiológico por meio de exame específico.

Na atenção específica às Pessoas em Situação de Rua (PSR), neste momento de pandemia, destaca-se que a vasta experiência e legitimidade acumulada pelas equipes de Consultório na Rua (eCR), em âmbito local, colocam-nas em destaque na construção das estratégias de assistência e cuidado. A mobilidade e a agilidade dessas equipes contribuem para um cenário, no qual, espera-se que as eCR assumam o protagonismo nas ações de saúde e na articulação da rede.

Do mesmo modo, espera-se a participação ativa dos serviços e equipes do Sistema Único da Assistência Social (em especial os Centros Pop, CREAS e as equipes de Abordagem Social). Tendo como objetivo a manutenção dos serviços ofertados antes da pandemia e garantindo-os no novo contexto (excetuando atividades em grupo que não garantam a biossegurança). Além disso, apresentar à população, novas ofertas que contemplem as necessidades específicas para o momento da pandemia.

Experiências internacionais podem contribuir para a construção de estratégias, a exemplo do surto de Influenza de 2003 (em Toronto), que destacam como principais focos de atuação (LEUNG, 2008):

- Garantir a comunicação - rápida e bidirecional - entre trabalhadores da saúde e prestadores de serviços para PSR;
- Garantir que os prestadores de serviços, para PSR, tenham acesso a insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), possibilitando

o controle de infecções e o treinamento da equipe;

- Preparar-se para a possibilidade de fechamentos de abrigos, em decorrência da escassez de profissional ou usuário e/ou altas taxas de doença entre os usuários;
- Planejar onde e como os desabrigados - que estão clinicamente doentes - serão isolados e tratados.

As estratégias citadas acima, reforçam a necessidade de ênfase nas ações coordenadas entre os principais envolvidos (Saúde, Assistência Social e Sociedade Civil) na proteção dos trabalhadores e nos acolhimentos institucionais.

Em consonância com esses alertas, é preciso acreditar nos planos de ação e nas estratégias de coordenação, baseadas na rede local existente, com seus limites e possibilidades reais, a partir dos serviços e trabalhadores disponíveis. Por meio da definição de ações prioritárias, seja possível potencializar as capacidades e enfrentar as barreiras e fragilidades da rede local. A proposta de trabalho - sempre - deve partir da ideia do MELHOR POSSÍVEL para articular, coordenar e garantir acesso à cidadania e promoção de direitos da PSR.

AÇÕES COORDENADAS E INTERSETORIAIS

A articulação entre os diversos setores, com foco na construção de ações resolutivas para a população em situação de rua, é uma premissa fundamental para a condução das ações diante da pandemia. São considerados atores estratégicos para organização das ações emergenciais da COVID-19 para a PSR: Saúde, Assistência Social e Sociedade Civil, podendo também contar com a Segurança Pública e Órgãos de Garantias de Direitos.

Para construção da agenda de ações a eCR, em parceria com os serviços de assistência social, deve assumir o protagonismo de impulsionar e articular a rede de cuidados, identificando os papéis de

cada um dos serviços de modo a cumprir uma função agregadora. É fundamental que essa rede viabilize a construção de uma ação coletiva, baseada na definição da direcionalidade e no estabelecimento das funções emergenciais e prioritárias de cada integrante.

Diante da complexidade do cuidado a grupos vulneráveis, como a PSR, faz-se necessário que a intersetorialidade seja, sobretudo para o combate a COVID-19, uma realidade na prática. Para tanto, é preciso:

- Pautar-se na transparência do conhecimento sobre a situação, na estruturação do cuidado e no desenvolvimento e funcionamento das ações e serviços envolvidos com a PSR;
- Ter como finalidade assegurar condições dignas de vida e saúde para essa população.

Ao considerar as possibilidades e os limites da prática, os critérios de admissão, os públicos específicos e as ofertas de cada serviço será possível discernir as especificidades e similaridades das equipes e quais serão as vias de interatuação e os eixos prioritários de ação.

Como exemplos de ações a serem realizadas para facilitar a articulação da rede de cuidados, recomenda-se:

- Construir uma lista com os contatos dos serviços que compõem a rede, definindo quais deles têm sido mais requisitados e indicar as atribuições de cada um;
- Construir um Plano de Ação abrangente, sistêmico, de caráter coletivo e que contemple as ações pensadas pelas equipes em consonância com as necessidades apontadas pela PSR;
- Dispor de formas de comunicação que sejam rápidas, fáceis, acessíveis e amigáveis sobre o dia a dia da rede, para que todos os integrantes dos serviços possam esclarecer dúvidas e propor novas ações a partir das necessidades que surjam;

- Organizar ferramentas de acompanhamento das condições de vida e saúde da PSR, para que a atuação seja rápida em situações como: violência, agravamento da doença, entre outras;
- Realizar monitoramento permanente de todas as ações implementadas e efetuar ajustes sempre que necessário;
- Articular com os atores locais, como Câmaras Municipais, Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Municipais da Assistência Social estratégias de proteção social específicas para a PSR (aluguel social, auxílio emergencial, etc.). Tendo em vista a dependência, de grande parte dessa população, dos trabalhos esporádicos e autônomos, das venda de mercadorias nas ruas e doações. No contexto de distanciamento social, a oferta dessas fontes de renda tendem a se tornar escassa.

PROTEÇÃO DOS TRABALHADORES

Todos os trabalhadores devem conhecer os protocolos de biossegurança, ter acesso aos EPIs e estar protegidos e atentos à saúde mental. Sabe-se que, além da carga emocional já existente ao se trabalhar com populações em situação de vulnerabilidade, o trabalho no contexto de pandemias provoca altos índices de contágio dos trabalhadores e instabilidade emocional (podendo ser tão incapacitante quanto as questões físicas), mostrando, desse modo, a necessidade de suporte da gestão local.

ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Durante a pandemia, a oferta de abrigo é considerada a prática sanitária mais adequada e deve ser feita de forma acolhedora, inclusiva e focada no cuidado à PSR, de modo a evitar quaisquer tipos de discriminação e preconceito. A situação de pandemia redefine a relação entre o acolhimento institucional, a PSR, os trabalhadores e as políticas públicas.

Neste contexto, faz-se necessário uma organização da rede de serviços que destaque a qualificação e o treinamento dos trabalhadores, sobretudo, os que estarão nos espaços de acolhimento, para que sejam manejados de forma a diminuir os possíveis conflitos promovidos pelo agrupamento das pessoas. Para tal, é necessária a ampliação e a remodelação das estruturas dos abrigos, a fim de garantir o distanciamento social, as condições sanitárias adequadas e a melhor convivência possível.

Todos os envolvidos devem estar conscientes da necessidade de revisão e de flexibilização das exigências para a permanência da PSR nos abrigos nesse momento. É importante oferecer aos trabalhadores orientações para administrar as dificuldades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas por parte dos acolhidos. O abrigo dado de forma repentina suprime o tempo das equipes de saúde, por exemplo, de trabalharem questões relacionadas ao uso de drogas.

Os trabalhadores, considerando o contexto atual de pandemia, terão o abrigo como espaço de trabalho e precisam estar qualificados para:

- Manejar situações de conflito e convivência de forma a garantir as condições sanitárias adequadas, a permanência dos acolhidos e a melhor convivência possível;
- Manter atualizadas as informações sobre a situação de pandemia e sobre os cuidados com a saúde;
- Realizar atividades para a dinamização do dia-a-dia nos abrigos e para a redução do estresse, da ansiedade e da irritabilidade dos acolhidos (exercícios de respiração, alongamento e relaxamento, atividades lúdicas, jogos e oficinas, sempre garantindo a biossegurança);
- Manejar as dificuldades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas por parte dos acolhidos;

- Orientar sobre a prevenção a COVID-19 e demais doenças transmissíveis, principalmente aquelas que mais acometem a população em situação de rua;
- Organizar espaços que garantam a biossegurança, isolamento e tratamento daqueles atingidos pelo vírus, assim como a proteção dos grupos mais vulneráveis como: idosos, pessoas que vivem com HIV, mulheres grávidas, pessoas com doenças crônicas, respiratórias e outras comorbidades;
- Conhecer os fluxos da Assistência Social de encaminhamento à rede hospitalar, para direcionar os usuários que sejam casos suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus.

CONSTRUÇÃO DE PLANOS DE AÇÃO

A construção de planos de ação é de suma importância neste momento. Com o objetivo de auxiliar o trabalho das equipes nesta construção, destaca-se que cada plano deve:

- Contemplar estratégias para os abrigados e para os não abrigados, destacando como prioritárias a atuação da saúde, da assistência social e da sociedade civil (especialmente as instituições que trabalham com alimentação, higiene, vestuário e informação em saúde). O foco das ações devem ser: ofertar e sustentar as pessoas que optarem pelo abrigo e manter as ofertas para os que decidirem não se abrigar;
- Ter um grupo gestor do Plano de Ação que assuma sua governança. Vale ressaltar o caráter emergencial e provisório dos planos, o que exige avaliações e decisões rápidas. Há a necessidade de que as áreas envolvidas estejam representadas, porém recomenda-se a indicação de apenas 1 representante para favorecer a celeridade que o momento requer;
- Ter tempo de execução determinado;

- Ser dividido em fases;
- Ter estabelecidas formas de monitoramento de suas fases, para que a efetividade das propostas permita avaliação e revisão, caso não atendam aos seus propósitos;
- Conter ações que sejam baseadas na REALIDADE local, com destaque para os principais parceiros, suas possibilidades e limites;
- Conter estratégias de ação articuladas e pautadas em processos colaborativos, de qualificação mútua entre as áreas envolvidas, reforçando a eCR e o Centro Pop como principais “formadores” das demais equipes da rede (matriciamento);
- Investir em cartazes para informar trabalhadores e PSR;
- Ser revisitado ao longo do período proposto para a atuação.

USO DA INFORMAÇÃO SISTEMATIZADA

As informações dos prontuários eletrônicos utilizados pelos Consultórios na Rua, sobretudo as do e-SUS AB, são de suma importância para subsidiar as diversas decisões a serem tomadas, os diagnósticos situacionais e as definições do planejamento, haja vista, que são fontes primárias de informação. Prontuários avulsos podem ser utilizados por equipes que não estejam utilizando essa ferramenta.

Neste sentido, deve-se garantir a continuidade do cadastramento e preenchimento dos prontuários eletrônicos (e-SUS AB), tanto das pessoas em situação de rua, como também das pessoas que já se encontram nas unidades de acolhimento institucional, uma vez que as informações contidas nos mesmos embasam a construção das ações a serem realizadas.

A partir disto, definir as principais informações para serem acompanhadas pelas eCR e demais equipes dos serviços da rede, por exemplo: a quantidade de idosos, principais agravos, comorbidades,

áreas de concentração, áreas de maior e menor cobertura vacinal da população, etc.

É importante definir, junto aos serviços e gestão do SUAS, as informações mais relevantes do CADÚnico e da vigilância socioassistencial a serem acompanhadas pelas eCR neste contexto de pandemia. Devem ser observados, além dos boletins epidemiológicos, os boletins da vigilância socioassistencial expedidos pela rede socioassistencial local. Esse pode ser um meio importante para obtenção de dados, no caso de dificuldade de troca de informações via redes, possibilitando pactuação, sistematização e disponibilização conjunta dos principais dados de saúde e assistência social a serem monitorados nesse período.

O estabelecimento do rol de informações prioritárias de vigilância em saúde e de vigilância socioassistencial, a serem sistematizadas periodicamente, pode contribuir decisivamente com as ações de toda a rede que atua junto com a PSR e demonstrar à sociedade civil e aos diversos gestores públicos, dos governos municipais e estaduais, a importância da alocação de recursos humanos e financeiros para o enfrentamento célere e eficaz.

ORIENTAÇÕES PARA A AÇÃO

A seguir, é possível acompanhar as orientações para a organização e as ofertas de atenção, de cuidado e de proteção para os atores prioritários envolvidos, respeitando particularidades e recursos de cada território.

As agendas habituais das equipes, provavelmente, precisarão ser reorganizadas, tendo em vista, a necessidade do reequilíbrio entre as ações nos abrigos, nas ruas e nas unidades/base das equipes.

SAÚDE

Consultório na Rua:

Orientações para ação:

- Manter atividades de visita e atendimento nos territórios (programadas e não programadas), garantindo a biossegurança das equipes e dos usuários;
- Utilizar uma linguagem acessível às pessoas em situação de rua e orientar acerca das medidas de cuidado a serem tomadas de acordo com a gravidade dos sintomas;
- Disponibilizar sabão líquido, álcool em gel e produtos de higiene para que possam ter um cuidado diante da COVID-19;
- Definir agenda para visitas periódicas nos espaços de acolhimento regulares e provisórios;
- Realizar testes rápidos;
- Orientar e treinar os trabalhadores da rede de serviços e os usuários sobre questões referentes a COVID-19, inclusive sobre o uso adequado de EPI;
- Oferecer qualificação e treinamentos para equipes de assistência social e outras em contato direto com as pessoas em situação de rua;
- Fortalecer o processo de proteção e empoderamento das equipes da sociedade civil, para que essas tenham condições de manter as suas ações de modo seguro;
- Participar da definição dos critérios de separação nos espaços de acolhimento para os sintomáticos (casos suspeitos);
- Realizar atendimentos compartilhados, atendimentos individuais, estratégias de treinamento e qualificação junto aos Centros Pop e Abrigos, em especial para as questões psicossociais, entre elas: mediação de conflitos, relação com as drogas, gerenciamento de

crises, transtornos mentais descompensados e acolhimento de apoio a trabalhadores;

- Colaborar com a dinamização dos abrigos, objetivando fortalecer o processo de abrigamento como algo agradável e desejável, por exemplo: atividades físicas, exercícios de respiração, alongamento e relaxamento, atividades lúdicas, jogos, entre outros. É fundamental que as propostas possam ser realizadas respeitando as recomendações de biossegurança;
- Manter contato frequente com as referências do Serviço Social dos hospitais, auxiliando no processo de desospitalização e identificação dos possíveis óbitos de PSR por Síndromes Respiratórias Agudas Graves sem testagem para a COVID 19;
- Apoiar a construção de estratégias nos espaços de acolhimento que possibilitem flexibilizar as exigências para a permanência nesses espaços;
- Realizar vacinação e atualização das carteiras de vacinação da PSR.

CAPS:

Orientações para ação:

- Ampliar as ofertas para a PSR;
- Manter acolhimento presencial das demandas graves (crises) de saúde mental nos CAPS de referência do território das instituições de acolhimento;
- Oferecer e apoiar ações territoriais em parceria com a eCR;
- Oferecer qualificação e treinamento, para as equipes de saúde da atenção básica e das equipes de assistência social, sobre os cuidados em saúde mental, álcool e outras drogas;
- Apoiar a construção de estratégias de dinamização dos abrigos.

Estratégia de Saúde da Família (ESF):

Orientações para ação:

- Ampliar as possibilidades de atendimentos para a PSR na UBS;
- Fazer visitas aos espaços de abrigamento, para atendimentos e orientações sobre questões referentes a COVID-19;
- Realizar testagens da PSR;
- Realizar vacinação da PSR;
- Definir as equipes de referências para que os abrigos encaminhem as pessoas que necessitam de atendimentos.

Nasf AB:

Orientações para ação:

- Realizar atendimentos compartilhados, atendimentos individuais, estratégias de treinamento e qualificação junto aos Consultório na Rua, Centro Pop e Abrigos Institucionais, em especial para as questões psicossociais, entre elas: mediação de conflitos, relação com as drogas, gerenciamento de crises, transtornos mentais descompensados e acolhimento de apoio aos trabalhadores;
- Colaborar com a dinamização dos abrigos, objetivando fortalecer o processo de abrigamento como algo agradável e desejável, por exemplo: atividades físicas, exercícios de respiração, alongamento e relaxamento, atividades lúdicas, jogos, entre outros. É fundamental que as propostas possam ser realizadas respeitando as recomendações de biossegurança.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

Centro Pop:

Orientações para ação:

- Manter oferta de serviços de higiene pessoal e de alimentação, assim como, entrega de cestas básicas, benefícios e auxílios a partir

de adaptações de horário e de regras para que sejam evitadas aglomerações;

- Garantir que os usuários tenham acesso a informações sobre:
 - os auxílios emergenciais de que têm direito;
 - a situação da pandemia da COVID-19 e as formas de cuidado e prevenção de transmissão;
- Garantir que a rede e os usuários estejam informados sobre:
 - os serviços ofertados pela unidade;
 - os casos de funcionamento especial da unidade em decorrência da situação de pandemia;
 - os locais de acolhimento disponíveis e as formas de acesso a esses locais;
- Garantir a manutenção do serviço de Abordagem Social, articulado com a eCR;
- Orientar sobre os cuidados de prevenção e encaminhar os casos suspeitos e confirmados de COVID –19;
- Manter contato frequente com as referências do Serviço Social dos hospitais, para auxiliar no processo de desospitalização das pessoas em situação de rua;
- Participar na dinamização dos abrigos/acolhimento institucional.

Serviços de Acolhimento Institucional:

Orientações para ação:

- Informar aos serviços da rede e aos usuários sobre:
 - a regulação de vagas e as formas de solicitação de acolhimento;
 - os locais de acolhimento disponíveis, as formas de acesso a esses locais e seu horário de funcionamento;

- os casos de funcionamento especial das unidades de acolhimento em decorrência da situação de pandemia;
- Definir, implementar e fortalecer em cada instituição de acolhimento:
 - assembleias regulares com os usuários para discussão, construção das estratégias e regras de convivência;
 - estratégias de baixa exigência para entrada e permanência de usuários, sobretudo, em relação ao uso de álcool e outras drogas;
 - estratégias para a inclusão dos animais de estimação e para a rotina de higiene destes;
 - estratégias de dinamização da rotina, por meio da utilização de atividades lúdicas, exercícios de relaxamento, técnicas de respiração, entre outros, de forma a estimular a permanência dos usuários acolhidos e a tornar a convivência o mais agradável possível;
 - rotina e regras de convivência para o isolamento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19;
 - reforço da limpeza das unidades, bem como a garantia do fornecimento e da reposição de sabonete líquido, copos descartáveis e álcool gel 70%;
- Definir sobre o isolamento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, o cenário ou os cenários a serem constituídos na rede local de acolhimento, de acordo com as singularidades do território e das instituições disponíveis:

Cenário 1: estabelecimento de abrigos específicos para acolhimento de sintomáticos. Casos identificados em toda a rede de atenção são encaminhados para estes abrigos específicos, sendo mantidos em quarentena.

Cenário 2: estabelecimento de separação física e de rotina, dentro das próprias instituições de acolhimento, com espaços e vagas

específicas para os sintomáticos, sendo disponibilizadas conforme a necessidade. Estes ficam em isolamento na própria instituição, enquanto permanecem sem sinal de gravidade.

Equipes de Abordagem Social:

Orientações para ação:

- Definir e compartilhar com as eCR os horários de atuação junto aos principais pontos de concentração da PSR;
- Apoiar a rede:
 - na entrega de alimentos, roupas, máscaras e materiais de higiene;
 - no transporte de usuários para os abrigos/acolhimento institucional;
- Informar a rede e aos usuários sobre:
 - os horários de atuação de suas equipes em cada território;
 - os casos de funcionamento especial/diferenciado das equipes em decorrência da situação de pandemia;
- Informar aos usuários sobre:
 - os pontos da rede onde podem buscar apoio para acesso à alimentação, à higiene e à assistência social;
 - os locais de acolhimento disponíveis e as formas de acesso a esses locais;
 - a situação da pandemia da COVID-19 e as formas de cuidado com a saúde e de prevenção da transmissão;
- Manter estreita relação com a eCR para trocas de informação, capacitação e treinamento, dos funcionários, quanto aos cuidados com a própria saúde e com a saúde dos usuários;

CREAS:

Orientações para ação:

- Reforçar-se como referência de assistência social para as pessoas em situação de rua nos territórios não abrangidos por Centros Pop;
- Viabilizar a aproximação das equipes de Abordagem Social ligadas ao CREAS com as eCR;
- Seguir as orientações para ações destinadas ao Centro Pop respeitando-se os limites de atuação;
- Estimular a disponibilização de espaços públicos e materiais de higiene para banhos e limpeza de mãos, roupas e utensílios para os usuários que decidirem não ir para os abrigos e albergues.

SOCIEDADE CIVIL

Orientações para ação:

- Focar na manutenção de ações que busquem apoiar as pessoas que decidirem permanecer em situação de rua, em especial, as ofertas de alimentação, higiene, vestuário, informações em saúde, trabalho e renda;
- Contar com o apoio das eCR e da rede pública de serviços para treinamento, orientação e acesso ao EPI;
- Fortalecer o fluxo de informações válidas em saúde;
- Manter estreita relação com as eCR para trocas de informações e para capacitação de funcionários quanto a cuidados com a própria saúde e com a saúde dos usuários;
- Colocar em prática as orientações de saúde, para a proteção própria e das pessoas atendidas, durante a oferta dos serviços.

AGENDA GUIA PARA ORGANIZAR O TRABALHO DOS SERVIÇOS E EQUIPES

Tabela de ações e locais de trabalho semanal:

I. Quais setores e serviços fazem parte de Plano de Ação?

II. Como cada serviço vai participar?

III. Como a agenda está organizada?

Turnos		Segunda		Terça		Quarta		Quinta		Sexta	
		Ação	Local	Ação	Local	Ação	Local	Ação	Local	Ação	Local
Manhã	Rua										
	Abrigos										
	Unidade										
		Ação	Local	Ação	Local	Ação	Local	Ação	Local	Ação	Local
Tarde	Rua										
	Abrigos										
	Unidade										

TELEFONES ÚTEIS:

Telefone 136 - O Ministério da Saúde disponibiliza canal telefônico 136 com conteúdo específico sobre o novo coronavírus, o COVID-19, para cidadãos e profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). O serviço do 136 para o cidadão funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana e, para médicos e enfermeiros funcionará de segunda a sexta das 8h às 17h30 e, a partir de abril, das 8h às 20h.

Telessaúde 0800 644 6543, opção 0. Serviço de atendimentos aos trabalhadores do SUS, com o objetivo de qualificar o trabalho das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), ajudar na tomada de decisão clínica e gerencial e aumentar a resolutividade, fortalecendo os atributos da APS, orientados pelos princípios do SUS e pela melhor e mais atual evidência científica. Todas as categorias profissionais da APS podem ligar.

SITES E INFORMAÇÕES:

Nacionais

1. Ministério da Saúde - <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>
2. Plano de Contingência Nacional - https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/plano_contingencia_coronavirus_ms.pdf

3. Protocolo de Manejo Clínico para o coronavírus (2019-nCoV) - <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>
4. Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV) - <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40195>
5. POP APS - https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210_N_EmktCoronaVirusPopV2_9220990263189084795.pdf
6. Fluxograma APS https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200210_N_EmktCoronaVirusFluxoV2_6121956549677603461.pdf
7. Vídeo: 10 passos para qualificar a gestão da APS para enfrentamento do COVID-19
8. Notificação MS - notifica.saude.gov.br
9. Plataforma IVIS - <http://plataforma.saude.gov.br/novocoronavirus/>
10. Viajantes - Coronavírus: vai viajar? Descubra como se proteger!
11. ANVISA - <http://portal.anvisa.gov.br/coronavirus>
12. Plano de Contingência da FIOCRUZ - https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/plano_de_contingencia_fiocruz_covid19_2020-03-13_v1-1.pdf
13. Uso de equipamento de proteção individual (EPI) e isolamento - <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/5777769/PROTOCOLO+08+-+EPI/be16498d-fd97-4dad-8ed8-0bdcc46ea8a5>
15. Fake News de coronavírus - <https://www.saude.gov.br/fakenews/coronavirus> ou (61) 99289-4640;
16. Boletins Epidemiológicos - <https://www.saude.gov.br/boletins>
<https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos/epidemiologicos>
17. Áreas de transmissão local - <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/listacorona>
18. Apps:
 - Para Android: https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.datasus.guardioes&hl=pt_BR
 - Para iOS: <https://apps.apple.com/br/app/coronav%C3%ADrus-sus/id1408008382>

Internacionais

1. OMS - <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/> <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>
2. CDC - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>
3. COVID-19 e gestação/lactação - <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/specific-groups/pregnancy-faq.html>

Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24 dez. 2009, p. 16. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 14 de ago. de 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Portaria nº 54, de 1º de abril de 2020. **Diário Oficial da União**: seção 1. Brasília, DF, p. 16, 02 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-54-de-1-de-abril-de-2020-250849730>. Acessado em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Nota pública**: medidas de prevenção ao Coronavírus nas unidades de acolhimento institucional. 2020. Brasília, DF. mar. 7 p. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/legis/covid19/nota_publica_mmfhd_prevencao_covid19_acolhimento.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Nota técnica nº 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH**. Orientações gerais sobre atendimento e acolhimento emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do COVID-19. 2020. Brasília, DF. 9 p. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/abril/ministerio-da-orientacoes-para-acolhimento-da-populacao-em-situacao-de-rua-durante-pandemia/SEI_MDHNotaTcnicaOrientaesPopRuaCovid19.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus**: COVID-19. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Tipificação nacional dos serviços socioassistenciais**. Brasília, DF. 2014. 58 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

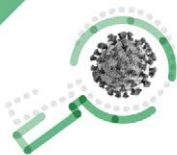
BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas**: centro de referência especializado para população em situação de rua: centro POP. SUAS e população em situação de rua. Brasília: Gráfica e editora Brasil, 2011. 116 p. v. 3. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_centro_pop.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Nota técnica:** prestadores de serviços a pessoas em situação de rua (PSR). 2020. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/NOTA-T%C3%89CNICA-PARA-PRESTADORES-DE-SERVI%C3%87OS-PARA-PSR-COVID-19-GASPVP.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

LEUNG, C. S. et al. Homelessness and the response to emerging infectious disease outbreaks: lessons from SARS. **Journal of Urban Health**, New York, USA, v. 85, n. 3, p. 402-410, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2329752/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

TSAI, J.; WILSON, M. COVID-19: a potential public health problem for homeless populations. **The Lancet**. London, UK Public Health, v. 5, n. 4, p. e186-e187, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104053/> Acesso em: 14 ago. 2020.

WOOD, L.; DAVIES, A.; KHAN, Z. COVID-19 precautions-easier said than done when patients are homeless. **The Medical Journal of Australia**. Sydney, Australia, v. 212, n. 8, p. 1, 2020. Disponível em: <https://www.mja.com.au/journal/2020/COVID-19-precautions-easier-said-done-when-patients-are-homeless> Acesso em: 14 ago. 2020.



COVID-19 E A POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE

***Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz,
CLAVES - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
ENSP - Fiocruz, IMS - UERJ, IEAR, PPGE - UFF, IP - UFRJ, DEGASE RJ:***

*Alexandra Sánchez, Aline Monteiro Garcia, Brena Costa de Almeida,
Bernardo Dolabella Melo, Carolyne César Lima, Daphne Rodrigues Pereira,
Elionaldo Julião, Fernanda Bottari Lobão dos Santos,
Fernanda Mendes Lages Ribeiro, Fernanda Serpeloni,
Hebe Signorini Gonçalves, Juliana Fernandes Kabad, Karen Athié,
Luciana Simas, Michele Souza e Souza, Michele Kadri,
Martinho Braga Batista e Silva, Nicolly Papacidero Magrin,
Patrícia Constantino e Vilma Diuana.*

O presente documento é direcionado a gestores e profissionais de saúde dos sistemas prisional e socioeducativo, e tem por objetivo reunir as informações disponíveis, até o momento, sobre a pandemia da COVID-19 nas instituições de privação de liberdade do Brasil e seus impactos na saúde física e mental de pessoas encarceradas e cumprindo medidas socioeducativas, trabalhadores das unidades prisionais e profissionais do sistema de garantias de direitos, bem como reunir orientações para prevenção, cuidado e atenção psicossocial.

Os impactos da pandemia intramuros vêm demandando um redirecionamento da atenção e da assistência a todos que ali vivem e que circulam pelas unidades e serviços que compõem os sistemas prisional e socioeducativo. Demonstrando ser uma questão dramática e desafiadora nas sociedades ao redor do globo, por causar o adoecimento de milhões e a morte de milhares de pessoas, a pandemia da COVID-19 apresenta particularidades quando se trata de espaços de privação de liberdade.

Uma das medidas adotadas para conter a transmissão da doença é o isolamento social e a quarentena. No entanto, nem todos estão em suas casas, como é o caso de adultos, adolescentes e jovens em situação de privação de liberdade, e deixar de circular não é, necessariamente, sinônimo de ficar em isolamento. Estudos nacionais e internacionais apontam que os espaços de confinamento podem se tornar epicentros de doenças infecciosas por apresentarem fatores que aumentam o risco de infecção como superlotação, pouca ventilação, insalubridade e acesso restrito a serviços de saúde (Kinner et al., 2020). Em Ohio, nos EUA, foi reportado, por exemplo, que aproximadamente $\frac{3}{4}$ da população de um presídio testou positivo para a COVID-19 e que um em cada cinco casos confirmados na cidade estava relacionado ao sistema prisional (The New York Times, 2020). Como parte integrante da sociedade, é fundamental que as prisões e unidades socioeducativas sejam também parte das respostas de saúde pública à pandemia da COVID-19.

O super encarceramento, realidade que não é exclusiva ao Brasil, ganha entre nós características particulares em função da precariedade estrutural das unidades de privação de liberdade que, além de potencializar violações aos direitos humanos, são vetores de contaminação para doenças infectocontagiosas. Parte expressiva das cadeias apresentam infraestrutura precária, como paredes sujas, ventilação e iluminação insuficientes (Sánchez, 2018), ausência de espaço tanto para circulação ao ar livre como para possibilitar a recepção de familiares ou a realização de atividades esportivas, ausência de áreas de lazer, de trabalho e de educação, superlotação, más condições de higiene com disponibilidade reduzida de água, falta de lençóis e cobertores, má qualidade da alimentação (incluindo inobservância de dietas especiais), presença de agressões físicas, verbais e psicológicas por parte de outras pessoas internas, agentes penitenciários e socioeducativos e demais trabalhadores dos sistemas, constante medo de se expressarem (por parte daqueles cumprindo penas e medidas), ócio, abandono e insuficiência de serviços de saúde. (Gontijo, 2019; Miranda, 2015; Minayo e Constantino, 2015).

A peculiar condição de vulnerabilidade sanitária que afeta agentes, demais trabalhadores dos sistemas carcerário e socioeducativo e pessoas em privação de liberdade, somam-se o isolamento institucional e as restrições de contato social estabelecidas como estratégia para combater a pandemia. Visitas estão suspensas, assim como atividades em grupo, como práticas esportivas e religiosas. Em tal contexto é comum sentir medo, irritação, ansiedade, tristeza e preocupação em se infectar e adoecer, assim como temer pela saúde e a subsistência de familiares, o que afeta inclusive trabalhadores. Na Tailândia e em Bogotá, por exemplo, foi registrado tumulto, no final de março, após boato de epidemia da COVID-19 em um estabelecimento prisional (Estado de Minas, 2020). No Brasil, foram reportadas rebeliões em uma unidade socioeducativa de internação do Rio de Janeiro e em uma penitenciária do Rio Grande do Sul, ambas tendo como razões a suspensão das visitas e de atividades educativas e recreativas devido

às medidas de segurança para conter a contaminação pelo novo coronavírus (Globo, 2020; Agência Brasil, 2020).

Nas respostas ao avanço da COVID-19 é preciso garantir a preservação do direito à saúde e à atenção psicossocial. Normas nacionais e internacionais determinam que: a prestação de cuidados em saúde de pessoas internas aos sistemas prisional e socioeducativo é de responsabilidade do Estado, que essas pessoas devem usufruir dos mesmos padrões de assistência que a população em geral, sem discriminação. No Brasil, algumas das principais políticas públicas em defesa da saúde das pessoas privadas de liberdade são:

- Lei de Execução Penal (LEP), de 1984;
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990;
- Políticas Públicas no âmbito do SUS que integram o cuidado dos adultos privados de liberdade e dos adolescentes em conflito com a lei: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNAISP) e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), ambas de 2014.

É preciso garantir o desenvolvimento e o acesso à intervenções que visem a prevenção de agravos a curto, médio e longo prazo, assim como a ações de cuidado. O atual panorama agrega novos desafios à atenção psicossocial nos espaços de privação de liberdade e demanda a construção de alternativas de proteção ao contágio de todos.

SAÚDE DOS ADULTOS PRIVADOS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

Parte expressiva das pessoas encarceradas apresentava doenças respiratórias antes mesmo do início da pandemia, sendo as mais comuns: rinite alérgica, sinusite, bronquite crônica e tuberculose pulmonar. Conforme aumenta o tempo de encarceramento, cresce a

prevalência e a incidência de enfermidades pulmonares e respiratórias, o que é indicativo da insalubridade das celas e dos intensos contatos entre as pessoas por causa da superlotação. A tuberculose tem taxas 35 vezes maiores no sistema carcerário em comparação com a população em geral (Sánchez et al., 2016). Outros problemas frequentes são os de coração e do aparelho circulatório (Miranda, 2015; Minayo e Constantino, 2015). Estudo realizado no Rio de Janeiro mostrou que nas prisões predominam as mortes por doenças, principalmente as infecciosas tratáveis como tuberculose, Aids e septicemias (não raro secundárias a doenças de pele), o que evidencia graves deficiências na assistência à saúde. Particularmente, as pessoas encarceradas têm risco de morrer por tuberculose nove vezes superior ao da população em geral do estado (Sánchez et al., 2020a).

Chama atenção a vulnerabilidade das mulheres em função de sua desassistência, o que inclui: inexistência de materiais de higiene básicos e específicos de uso feminino, violência obstétrica, falta de acompanhamento ginecológico e inadequação de transporte e custódia de mulheres grávidas que necessitam ir até uma maternidade (Leal et al., 2016). As pessoas idosas, por sua vez, acumulam maior número de doenças crônicas que são gradualmente agravadas pelas precárias condições de vida no sistema prisional. A primeira morte por COVID-19 em unidade prisional registrada no Brasil, em 15 de abril de 2020, foi de uma pessoa idosa na cidade do Rio de Janeiro (Ponte, 2020).

As condições das unidades prisionais e os agravos constantemente registrados, como os que mais provocam adoecimento e morte nestes espaços, fazem com que considerável parte da população carcerária seja classificada como grupo de risco para evolução fatal da COVID-19 (MEPCT/RJ, 2018; INFOPEN, 2018).

A pandemia chega ao Brasil num momento em que o sistema de saúde prisional está frágil e sobrecarregado. É necessário criar estratégias para a contenção da transmissão da doença que envolvam os diversos

atores institucionais, visando proteger a saúde das pessoas privadas de liberdade, dos servidores penitenciários, dos profissionais de saúde, de outras pessoas que ingressam nas prisões e da sociedade de modo geral.

SAÚDE DOS ADOLESCENTES E JOVENS PRIVADOS DE LIBERDADE NO SISTEMA SOCIOEDUCATIVO

A atenção integral à saúde de adolescentes e jovens em cumprimento de medida socioeducativa no Brasil é um tema que envolve aspectos polêmicos e representa um desafio considerável. A situação se agudiza exponencialmente no que diz respeito ao asseguramento do direito à saúde daqueles privados de liberdade em unidades de internação e de semiliberdade.

Como principais problemas de saúde registram-se doenças de pele, infecções sexualmente transmissíveis (IST), principalmente sífilis e HIV, problemas de saúde bucal e transtornos mentais e relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Arêas Neto, Constantino & Assis, 2017; Garcia, 2019; Assis e Constantino, 2020). Outros problemas identificados, mais recentemente, pelas equipes técnicas das unidades de internação envolvem episódios de automutilação e ideação suicida. Além disso, são diversas as violações de direitos nas unidades socioeducativas, como: a precariedade das condições de higiene, a garantia à segurança e o acesso aos cuidados em saúde física e mental, o que inclui a falta de remédios e outros insumos básicos, muitas vezes fornecidos pela família ou pela própria equipe. Apesar de existir uma boa estrutura física/ambulatorial, em parte expressiva das unidades, o número de profissionais é insuficiente.

Durante a pandemia da COVID-19, as visitas de familiares e as consultas de saúde no SUS estão suspensas, excetuando-se as ações de vacinação, que apesar de não prevenirem diretamente a contaminação pelo novo coronavírus, protegem a saúde do adolescente e do jovem e auxiliam no diagnóstico diferencial. As ações de cuidado em saúde no sistema

socioeducativo devem também levar em consideração a adoção de estratégias de prevenção de ISTs, preconizadas nas três versões da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI (Portaria Interministerial 1426, 2004; Portaria 647/2008; Portaria 1082, 2014), uma vez que as relações sexuais entre os adolescentes e jovens internados ocorrem com frequência (Garcia, 2019).

O que fazer diante da suspeita de que um adulto, adolescente ou jovem em privação de liberdade foi infectado pelo novo coronavírus?

Como as informações sobre o vírus e a doença são muito recentes, o presente documento buscou reunir o que há disponível até o momento para lidar com a pandemia nos espaços de privação de liberdade. Gestores e profissionais têm a sua disposição recomendações da OMS para a saúde penitenciária (WHO, 2020), bem como documentos nacionais.

As medidas incluem todos os que transitam pelos estabelecimentos que compõem os sistemas prisional e socioeducativo, uma vez que, por ser uma doença infectocontagiosa, a COVID-19 pode atingir pessoas internas, as que trabalham nos sistemas e também seus familiares. Em consonância com as principais recomendações, destaca-se (Sánchez, 2020c; Portaria Interministerial 2020; Nota Técnica no 9):

- Para prevenir a disseminação do vírus, orienta-se algumas mudanças na rotina, como a suspensão da entrada de visitantes, o aumento do tempo de banho de sol, a separação de presos idosos e doentes crônicos, assim como a disponibilização de espaço para a separação de sintomáticos respiratórios;
- É recomendável que todos que apresentem sintomas compatíveis com a COVID-19 sejam testados o mais rapidamente possível para

limitar a disseminação do novo coronavírus entre pessoas internas e profissionais de saúde e de segurança;

- Os profissionais de saúde devem notificar como caso suspeito de COVID-19 toda pessoa privada de liberdade com sintomas de síndrome gripal (febre aferida ou referida, acompanhada de tosse em orofaringe) e/ou falta de ar para que a vigilância epidemiológica seja acionada e para que o problema possa ser dimensionado. O Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça criou um Painel de Monitoramento para colaborar no processo de acompanhamento nas prisões (<http://depen.gov.br/DEPEN/COVID-19-painel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais>). Tomar conhecimento dos casos é imprescindível para se preparar, mais recursos podem ser alocados para prevenir e tratar a doença, incluindo a aquisição de máscaras, equipamentos de proteção individual, de materiais para comunicação com familiares, entre outros.
- É fundamental a incorporação da população privada de liberdade, dos trabalhadores das unidades prisionais e dos profissionais do sistema de garantia de direitos no Sistema de Vigilância Epidemiológica. A notificação de casos deve ser realizada no prazo de 24 horas pela plataforma e-SUS VE (<https://notifica.saude.gov.br/login>), em casos de Síndrome Gripal, e pelo Sivep-Gripe (<https://sivepgripe.saude.gov.br/sivepgripe/login.html?>), em caso de Síndrome Respiratória Aguda Grave;
- Para acompanhamento e tratamento dos casos sintomáticos é imprescindível manter-se atualizado em relação às normativas específicas para os espaços de privação de liberdade, uma vez que as orientações vêm se atualizando constantemente. Gestores e profissionais devem conhecer as orientações das Secretarias de Saúde locais e os planos de contingência de seus municípios e estados para o controle da COVID-19.

Isolar, notificar como caso suspeito, avaliar a gravidade do quadro e encaminhar para hospitalização, se necessário, e coletar material para realização do teste diagnóstico são atitudes essenciais que devem ser tomadas por qualquer profissional de saúde diante de um caso suspeito da COVID-19.

Recomendações Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) para gestores e profissionais ante o desenvolvimento da pandemia da COVID-19, em unidades de privação de liberdade

Uma das principais recomendações concerne à redução da superlotação nas unidades prisionais e socioeducativas, em particular diminuindo a entrada nos sistemas e liberando pessoas apreendidas por crimes de baixo potencial ofensivo ou cometidos sem violência, além da adoção de medidas alternativas e do regime domiciliar para as pessoas que vivem com HIV, que têm diabetes, hipertensão, tuberculose, câncer, doenças respiratórias, cardíacas, imunodepressoras, insuficiência renal ou outras suscetíveis de agravamento a partir do contágio pela COVID-19 (CNJ, 2020; WHO, 2020; Sánchez et al, 2020b).

Quando o assunto é saúde nas prisões e unidades socioeducativas, o acesso às ações e serviços de saúde, de forma preventiva e curativa, não pode caminhar isolado da diminuição do risco de adquirir agravos e doenças, de maneira que a permanência das pessoas em situação de privação de liberdade em locais que favorecem a transmissão de doenças infectocontagiosas, como a COVID-19, viola seu direito à saúde. O contágio pelo novo coronavírus nos espaços de privação de liberdade não é um assunto exclusivo do Poder Executivo, seja em nível federal, estadual ou municipal, nos setores de saúde, justiça e segurança, mas é também do Poder Judiciário, já que a redução da superlotação e do super encarceramento podem proteger vidas nesse momento de pandemia.

Além dos impactos da COVID-19 à saúde física, é preciso considerar seus efeitos na saúde mental dos internos. É esperado nesse cenário o aumento de estresse, medo e preocupações. Os profissionais, por exemplo, podem temer ser infectados e infectar suas famílias; pessoas internas podem também se preocupar com o risco de infecção e com a saúde e a subsistência de seus familiares. Apesar da maior parte dos problemas psicossociais serem considerados comuns nesse momento, certos cuidados são essenciais para proteger a saúde mental de todos. As estratégias de saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS) ajudam a promover a estabilização emocional visando a reduzir transtornos psicopatológicos a médio e longo prazo.

Assim, para o cuidado amplo em saúde e atenção psicossocial, recomenda-se a construção de um plano de contingenciamento da COVID-19, incluindo níveis de apoio complementares e integrados que agregam desde estratégias amplas de intervenção, até a garantia de cuidados especializados no âmbito do SUS. Esse plano inclui:

- **Estar atento à biossegurança.** É fundamental que todos que integram o sistema, desde pessoas internas até equipes de profissionais, tenham acesso a orientações claras quanto aos procedimentos de biossegurança. A gestão, juntamente com os profissionais da saúde, tem como papel fundamental prover informações educativas sobre as formas de contágio e prevenção. É recomendável realizar sensibilizações sobre as estratégias de atenção psicossocial durante a pandemia e capacitar equipes;
- **Estabelecer normas de controle da averiguação da situação de saúde na porta de entrada das unidades prisionais e socioeducativas,** identificando e separando novos custodiados que tenham sinais e sintomas de síndrome gripal;
- **Garantir o acesso a informações atualizadas,** de fontes oficiais, sobre a pandemia a todos os grupos de trabalhadores e à população privada de liberdade: providenciar informações confiáveis e

sustentadas em evidências científicas. Informações claras e objetivas ajudam a reduzir boatos e, consequentemente, o estresse e a ansiedade e fortalecem a adesão aos cuidados preventivos e procedimentos de biossegurança;

- **Formar equipes que possam reunir e comunicar informações oficiais, e elaborar ações estratégicas de enfrentamento à COVID-19** para dar suporte aos profissionais e pessoas internas. Recomenda-se que as unidades possam reunir representantes de todas as categorias profissionais para atuar com os profissionais da saúde, compartilhando decisões;
- **Gerar confiança.** É importante que gestores e profissionais de saúde transmitam organização, segurança e confiança durante a pandemia;
- **Garantir as medidas sanitárias.** É indispensável que tanto pessoas internas quanto profissionais tenham acesso livre ao sabão e à água, essa tanto para consumo quanto para sua higienização, e que possam realizar a limpeza das unidades conforme recomendações das autoridades de saúde e vigilância sanitária;
- **Garantir o distanciamento social.** Interdição de visitas, suspensão de transferência entre unidades e interrupção de atividades em grupo, medidas já implementadas na maioria das unidades prisionais e socioeducativas brasileiras visando ao distanciamento social, embora importantes, podem não ser suficientes ante a ausência de redução significativa da superlotação que afeta, sobretudo, pessoas em celas e alojamentos coletivos;
- **Avaliar as necessidades de quarentena.** Isolamento de pessoas assintomáticas, presumidamente sadias, por um período definido, durante o qual se observa se desenvolverão ou não a doença. É necessário acompanhamento diário por profissionais de saúde para identificação precoce do surgimento de sintomas;

- **Avaliar as necessidades de isolamento.** Medida voltada para pessoas com sintomas sugestivos da COVID-19, considerados, portanto, casos suspeitos. Mas como organizá-lo? Idealmente em celas individuais, mas, em função da estrutura das unidades, deve-se seguir o preconizado pelo Ministério da Saúde: o isolamento de coorte, no qual pessoas com as mesmas características (suspeitos/doentes) são isoladas em grupos, porém em locais diferentes. O isolamento visa também a assegurar maior cuidado de saúde para os casos suspeitos. A OMS recomenda a aferição da temperatura 2x/dia e a avaliação da evolução dos sintomas visando a identificar sinais de piora clínica como persistência da febre, perda ou diminuição do olfato e, principalmente, surgimento de falta de ar e dificuldade respiratória, sinais de alerta que devem determinar a imediata hospitalização. É importante que as celas de isolamento sejam localizadas o mais próximo possível da área da saúde a fim de viabilizar a avaliação periódica pelos profissionais;
- **Garantir o trabalho conjunto de agentes penitenciários e socioeducativos com as equipes de saúde** visando à identificação de casos suspeitos da COVID-19 entre as pessoas privadas de liberdade e no auxílio de seu manejo, quando necessário isolamento ou transporte para a rede pública para hospitalização;
- **Investir na melhoria das condições de celas e alojamentos e na adequação do número de pessoas nestes espaços;**
- O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) recomenda que seja garantida a **suspensão das medidas socioeducativas de adolescentes que estão no grupo de risco** do coronavírus: pessoas com doenças crônicas, como insuficiência renal, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, diabéticos, hipertensos, pessoas com imunidade mais baixa ou saúde já debilitada por outras doenças adquiridas por contágio, assim como gestantes;

- **Garantir a disponibilização de suprimentos relevantes** e o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), seguindo orientações oficiais dos sistemas de vigilância e Secretarias de Saúde;
- **Monitorar o uso de EPIs** pelos trabalhadores, seguindo as recomendações para cada categoria profissional;
- **Aprimorar a lógica de transporte de pessoas internas** durante os atendimentos extramuros, reduzindo o risco de contágio;
- **Garantir a comunicação** dos internos com suas famílias e advogadas/os e/ou organizações que os acompanham de forma remota através do uso de tecnologias. Privação de liberdade não pode significar incomunicabilidade, o que pode desencadear desde sofrimento mental, surtos coletivos e irritabilidade até ser combustível para rebeliões internas, como registrado em 19 de abril de 2020 em unidade socioeducativa no município do Rio de Janeiro. Esse quadro tem chamado atenção dos profissionais desse sistema para o risco de deterioração da saúde mental dos adolescentes e jovens internados, provocada pela situação de isolamento que gera extremo estresse, pressão psicológica e solidão. A suspensão das visitas, ademais, pode implicar no aprofundamento das dificuldades relacionadas à higiene, uma vez que tais itens são, majoritariamente, fornecidos pelas famílias;
- **No caso de uma pessoa interna ou seu familiar adoecer, garantir que ambos tenham acesso a informações sobre as condições de saúde e tratamento.** É recomendável a elaboração de estratégias para acolhimento no caso de falecimento de parentes em função da COVID-19, comunicando de forma clara as circunstâncias da morte e provendo orientações à família;
- É recomendável que gestores busquem garantir o **atendimento das equipes técnicas de forma remota**, conforme orientação do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2020) no que tange essa categoria;

- **Desenvolver programas de promoção da qualidade de vida e de prevenção de doenças**, tanto nos sistemas prisional e socioeducativo quanto nos serviços de saúde;
- **Fortalecer apoios comunitários e familiares.** É recomendável que seja veiculado para a população em geral os cuidados tomados com aqueles privados de liberdade e com os trabalhadores das unidades, visando a reduzir a ansiedade dos familiares e da população quanto à saúde e o bem-estar destas pessoas. Equipes técnicas podem auxiliar famílias no acesso aos direitos sociais, como a renda emergencial do governo federal;
- É recomendável a **disponibilização de preservativos** tendo em vista que as infecções sexualmente transmissíveis debilitam o sistema imunológico e aumentam a susceptibilidade a infecções, o que favorece o desenvolvimento de agravos de saúde e dificulta a recuperação no caso de uma possível contaminação por COVID-19.

Recomendações especificamente voltadas ao cuidado em saúde mental de pessoas internas e trabalhadores

- É importante criar **estratégias de apoio** voltadas as diferentes reações que podem surgir neste momento entre pessoas internas e trabalhadores, promovendo a redução do estresse agudo e mesmo do sofrimento persistente. Pessoas com história prévia de sofrimento ou transtorno mental grave requerem maior atenção neste contexto, por isso é importante oferecer **atenção psicossocial especializada** àqueles que apresentarem agravos persistentes;
- **O cuidado com a saúde mental dos trabalhadores de unidades prisionais e socioeducativas também deve ser foco de atenção dos gestores.** Tem-se registrado, entre os profissionais do socioeducativo, por exemplo, aumento da tensão e de sintomas de estresse e ansiedade tendo em vista a possibilidade de contaminação, os casos já confirmados e a incerteza do futuro. Soma-se a isso o

desgaste físico e emocional dos agentes, que continuam cumprindo a escala rotineira de trabalho já que sua função é essencial ao funcionamento das unidades, o agravamento do já significativo déficit de profissionais e a consequente sobrecarga de trabalho, e a suspensão dos atendimentos técnicos diante da parca estrutura e consequente dificuldade de garantir o distanciamento para segurança dos adolescentes, jovens e técnicos, entre outros fatores estressores;

- Recomenda-se a elaboração e implementação **de planos que estabeleçam medidas de prevenção e proteção à saúde física e mental de todos os trabalhadores**. Os profissionais podem sofrer estigmatização em função de trabalharem com a população privada de liberdade em cenário de pandemia, familiares e pessoas próximas podem passar a evitar o contato por medo de serem infectados, o que agrava as condições de saúde mental. É fundamental permanecer conectado com os entes queridos e ter acesso a ações de atenção psicossocial para seu próprio cuidado. Estar em posse de informações claras sobre cuidados dentro e fora das unidades, bem como a respeito de procedimentos de biossegurança trazem mais confiança para a rotina do profissional.

Assegurar a saúde e a vida da pessoa privada de liberdade é responsabilidade do Estado, uma vez que ela se encontra sob cautela estatal e, por isso, não pode se defender e buscar por conta própria acesso a atendimento em saúde. É fundamental reunir esforços tanto para organizar as equipes de saúde internas, para identificar rapidamente casos suspeitos e monitorá-los de acordo com as normativas, quanto para encaminhar os casos mais complexos para unidades de saúde (Sánchez A, 2020b).

Referências Bibliográficas

ARÉAS NETO, N.; CONSTANTINO, P.; ASSIS, S. G. Análise bibliográfica da produção em saúde sobre adolescentes cumprindo medidas socioeducativas de privação de liberdade. **Physis**: revista de saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, pp. 511-40, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300511&lng=en&nrml=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2020

BRASIL, C. I. Rebelião em centro socioeducativo no Rio é controlada, diz Degase: servidores do órgão negociaram a rendição dos adolescentes. **Agência Brasil**, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-04/rebeliao-em-centro-socioeducativo-no-rio-e-controlada-diz-degase#:~:text=Servidores%20do%20C3%B3rg%C3%A3o%20negociaram%20a%20rendi%C3%A7%C3%A3o%20dos%20adolescentes&text=0%20Departamento%20Geral%20de%20A%C3%A7%C3%B5es,norte%20do%20Rio%2C%20foi%20controlada>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 62, de 17 de março de 2020**. Brasília: CNJ, 2020. Disponível em <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/03/62-Recomenda%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Lei nº 7.210 de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 10227, 13 de julho de 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública; Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 7, de 18 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública previstas na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, no âmbito do Sistema Prisional. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-interministerial-n-7-de-18-de-marco-de-2020-248641861>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias INFOPEN**, 2017. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen>. Acesso em: 20 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003**. Aprova o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri1777_09_09_2003.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.082, de 23 de Maio de 2014**. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 647, de 11 de novembro de 2008.** Aprova as normas para a Implantação e Implementação da Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória – PNAISARI. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0647_11_11_2008.html. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária. Coordenação de Saúde no Sistema Prisional. **Nota técnica n. 01/2020-COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS.** Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200205_N_NotaTecnicaSistemasdelInformacaoPNAISP_7258652159587838711.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Nota de orientação a psicólogas e psicólogos que atuam em Sistema Socioeducativo.** Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/NOTA-SOCIOEDUCATIVO.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

DETENTOS fazem rebelião em presídio de Santana do Livramento. **RBS TV; G1 RS.** Reportagem publicada em 30 mar. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2020/03/30/detentos-fazem-rebeliao-em-presidio-de-santana-do-livramento.ghtml>. Acesso em: 14 ago. 2020.

FIOCRUZ. **Investigação sobre a saúde de adolescentes em conflito com a lei no Rio de Janeiro.** 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/en/node/59122>. Acesso em: 14 ago. 2020.

GARCIA, A. M. **Cartografias da medida socioeducativa de internação: entradas pelo dispositivo da sexualidade.** Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019. 242f.

GONTIJO, D. R. **Medidas socioeducativas de privação de liberdade no: uma revisão sistemática de literatura.** Dissertação (Dissertação em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2019.

INFORME ENSP Estudo inédito analisa as causas de óbito no Sistema Penitenciário do RJ: tuberculose é um fator importante. **Informe da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.** Matéria publicada em 24 mar. 2020. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/48473>. Acesso em: 14 de ago. 2020.

KINNER, S.A. et al. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. **Lancet Public Health**, London, UK v. 5, n. 4, pp. e188-e189, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32197116/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

LEAL M. C. et al. Birth in prison: pregnancy and birth behind bars in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2061-2070, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/en_1413-8123-csc-21-07-2061.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

MIRANDA, A. E. B. **Análise epidemiológica da situação da saúde na população privada de liberdade no Brasil**: dados de bases de informação. Vitória: Editora da UFES, 2015.

MOTIM em prisão da Tailândia por temor de COVID-19. **O Estado de Minas**: Internacional, Belo Horizonte. Matéria publicada em 29 mar. 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/internacional/2020/03/29/interna_internacional,1133569/motim-em-prisao-da-tailandia-por-temor-de-COVID-19.shtml. Acesso em: 14 ago. 2020.

REGUEIRA, Chico. Aumento de mortes em presídios pode estar relacionada ao Coronavírus. **G1 - RJ2**, 2020. Reportagem on-line. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/8496105>. Acesso em: 14 ago. 2020.

RIO DE JANEIRO. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ). **Mecanismo estadual de prevenção e combate à tortura do Rio de Janeiro - MEPCT/RJ**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://mecanismorj.com.br/sobre/>. Acesso em 15 ago. 2020.

SÁNCHEZ, A.; LAROUZÉ, B.. Controle da tuberculose nas prisões, da pesquisa à ação: a experiência do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 2071-2080, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000702071&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 14 ago. 2020

SÁNCHEZ, A.; SANTOS, M.; LAROUZÉ, B. Sustainable architectural program for tuberculosis control in Brazilian prisons. In: World Health Organization. Regional Office for Europe. **Good Practices in Prevention and Care of Tuberculosis and Drug-Resistant Tuberculosis in Prisons**, Copenhagen: WHO, 2018. p. 66-68. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF?ua=1. Acesso em: 14 de ago. 2020.

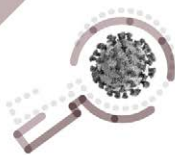
SÁNCHEZ, A. **Nota técnica n. 3, de 1 de abril de 2020**. Enfrentamento do COVID-19 nas prisões do Estado do Rio de Janeiro. 2020.

SÁNCHEZ, A et al. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00083520>. Acesso em: 14 ago. 2020.

STABILE, A. Primeira morte de preso pela COVID-19 no Brasil é registrada no RJ. **Ponte**. Matéria publicada em 17 de abr. 2020. Disponível em: <https://ponte.org/primeira-morte-de-preso-pela-COVID-19-no-brasil-e-registrada-no-rj/>. Acesso em: 14 ago. 2020.

TRUMP says he will halt immigration: states start to reopen businesses. **The New York Times**, New York, USA. 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/20/us/coronavirus-live-news.html>. Acesso em: 14 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention**: interim guidance: 15 mar. 2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2020. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/434026/Preparedness-prevention-and-control-of-COVID-19-in-prisons.pdf?ua=1. Acesso em: 14 ago. 2020.



PESSOAS MIGRANTES, REFUGIADAS, SOLICITANTES DE REFÚGIO E APÁTRIDAS

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Andressa Carvalho Castelli, Bernardo Dolabella Melo,
Camila Pinheiro Medeiros, Carlyne Cesar Lima, Daphne Rodrigues Pereira,
Fernanda Serpeloni, Fernando Damazio dos Santos,
Gabriel Inticher Binkowski, Ilana Mountian, Julia Bartsch,
Juliana Fernandes Kabad, Michele Kadri, Michele Souza e Souza
e Nicolly Papacidero Magrin*

Até o final de março de 2020, 146 países já apresentavam casos de COVID-19 com transmissão local, muitos deles dispondo de grande população de migrantes e refugiados. Essa pandemia evidencia peculiaridades e vulnerabilidades entre as mais diversas populações, incluindo a forma como a saúde é entendida, assim como tratamentos e apoios disponíveis.

No caso de migrantes, destacam-se as diferentes culturas que se apresentam e as diversas formas de se pensar a saúde. Por isso, as mensagens relacionadas aos cuidados para prevenção de forma individual e coletiva da contaminação pelo novo coronavírus devem considerar esse aspecto. Além disso, cada pessoa tem seu próprio entendimento, percepção e compreensão do que vem a ser a pandemia.

Migrante, pessoa refugiada, solicitante de refúgio e apátrida são denominações jurídicas da condição migratória de pessoas com experiências diversas. Todas elas possuem direitos fundamentais garantidos pela LEI Nº 13.445, DE 24 DE MAIO DE 2017, da Constituição Brasileira. Convém destacar que os serviços de saúde podem ser acessados, inclusive, por pessoas cuja situação migratória não está regularizada. Didaticamente, opta-se pelo o termo “migrantes” para efeitos de concisão, mas reconhece-se a diversidade de vivências dessa população.

Outro ponto de destaque é que uma parcela de migrantes no Brasil encontra-se em situação de vulnerabilidade social, particularmente quanto à moradia e aos meios de subsistência. Residências superlotadas e o limitado acesso ao saneamento básico ampliam o risco de disseminação do vírus. Mesmo em situações em que o cuidado e prevenção ao contágio são frágeis, é importante avaliar a possibilidade de reservar um espaço para os casos suspeitos ou confirmados, redobrando a atenção para o não compartilhamento de objetos, para o uso de máscaras por todas as pessoas e para a higiene constante das mãos, dentro do que permitirem as condições.

Em face aos desafios laborais e, algumas vezes, à reduzida rede socioafetiva dessa população, é importante acionar organizações (da sociedade civil, de governo ou internacionais) e associações de migrantes que atuam no contexto local, para apoiar na mediação linguística, no desenvolvimento e divulgação de material específico, no acesso a benefícios sociais, na distribuição de materiais protetivos e de higiene, dentre outras soluções emergenciais e duradouras.

A REGULAMENTAÇÃO MIGRATÓRIA E O DIREITO À SAÚDE

A saúde mental de migrantes se articula aos próprios impasses que podem dificultar o acesso dessa população às redes de atenção do Sistema Único de Saúde. A ausência de notas técnicas, específicas à população migrante no contexto da pandemia e de políticas em saúde que considerem essas particularidades, podem gerar sensação de desamparo e de não pertencimento.

Por entender saúde como direito básico, a Constituição Brasileira garante acesso para qualquer pessoa que precise de assistência de saúde no país, independentemente de nacionalidades ou condição migratória. Duas importantes questões apresentam-se na discussão do acesso de migrantes ao SUS:

- as diferenças entre o sistema brasileiro e as referências em saúde da/o migrante em seu país de origem;
- a situação migratória e o acesso à saúde.

Muitos migrantes não acreditam que possuem direito à saúde pública no Brasil (especialmente quando indocumentados e/ou irregulares) ou consideram que esse acesso está condicionado a algum tipo de pagamento.

Ademais, representações e práticas em saúde predominantes do sistema brasileiro, quando baseadas exclusivamente na perspectiva biomédica, muitas vezes, pode não considerar efetivamente outros

modos de compreender e vivenciar o processo de saúde/doença das diferentes populações migrantes. Esse fator pode gerar distanciamento e comprometer o acesso ao serviço de saúde e, conseqüentemente, a adesão às medidas recomendadas pelas entidades brasileiras no contexto da pandemia.

Há, ainda, os obstáculos de ordem linguística. As dificuldades em se fazer entender, em seus sintomas e apreensões, bem como em compreender o vocabulário médico elaborado em outro idioma (às vezes ainda pouco familiar) podem resultar em fortes desmobilizadores pela busca de apoio institucional.

Diante desses aspectos, é fundamental que as atuais iniciativas em saúde mental e políticas emergenciais relativas à pandemia, além de garantirem a tradução de materiais informativos, incluam ações que transmitam de forma clara o direito de acesso à saúde. Da mesma forma, é muito importante que se vinculem iniciativas de inclusão das especificidades culturais às estratégias de saúde já existentes. Um bom exemplo disso é o fortalecimento da presença de pessoas que possam atuar como mediadores culturais em equipamentos públicos, conforme previsto na Política Municipal para a População Imigrante de São Paulo, ou ainda, nas estratégias dos serviços de saúde pública das cidades fronteiriças.

As intervenções em saúde mental e atenção psicossocial (SMAPS) devem ser capazes, igualmente, de manejar o eventual medo dos migrantes em acessar os serviços de saúde quando se encontram em situação migratória não regular. Nesse momento de pandemia, os serviços de regularização migratória estão temporariamente suspensos devido à redução das atividades da Polícia Federal. O medo pode aparecer como uma expressão da crença de que a falta de documentação implicaria em empecilho ao acesso ao serviço de saúde. Pode também externar o receio de que, acessar esse serviço sem dispor de documentos ou de status migratório regular, geraria uma suposta denúncia à instâncias jurídicas brasileiras e o impedimento de retirar futuros documentos.

Declarações oficiais, como a Recomendação da Defensoria Pública da União no contexto da pandemia (Brasil, 2020), elucidam que o acesso à saúde é um direito de todas as pessoas não nacionais, independentemente de sua situação migratória (indocumentadas e/ou irregulares), e que este acesso não representará entrave na emissão de documentos futuros.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A DIVERSIDADE CULTURAL

Embora existam mensagens comuns a todos os países e regiões do mundo afetados pela pandemia da COVID-19, elas serão muito mais efetivas se estiverem apoiadas no que cada comunidade entende sobre o que está acontecendo. Algumas pessoas vieram, por exemplo, de países que já viveram epidemias, como é o caso do Haiti, onde a epidemia de cólera deixou milhares de mortos a partir de 2010; ou a epidemia do Ebola, que atingiu diversos países do continente africano, como Guiné Conacri, Serra Leoa, Libéria e República Democrática do Congo. A experiência do impacto dessas epidemias na vida e na comunidade das pessoas pode refletir na forma pela qual elas enfrentam a pandemia atual, tanto em relação ao conhecimento para lidar com a pandemia em si, quanto à possibilidade de reviver lembranças, medos e inseguranças.

Além disso, o entendimento do que é uma situação que representa uma ameaça à vida se dá através de crenças e vivências de cada indivíduo. Nesta direção, para o trabalho de informar e orientar, torna-se fundamental a identificação de membros da comunidade que possam repassar as mensagens ao seu grupo de pertencimento, criando uma relação de confiança sobre o que está sendo dito. Há redes de organizações da sociedade civil em todo o país que trabalham com pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas que possuem a confiança de diversas comunidades migrantes. Essas pessoas e organizações poderão auxiliar as equipes e os promotores de saúde na preparação e na divulgação de mensagens adequadas para cada comunidade e/ou grupo étnico.

Sobre isso, é importante destacar a diversidade da população migrante no Brasil, a qual é representada por diferentes países e etnias. É fundamental observar a multiplicidade cultural implicada nesse segmento, para não se presumir que estratégias e mediações relacionadas a um grupo sejam automaticamente efetivas para outro. O rótulo comum “migrante” é apenas uma porta de entrada para um universo cultural, social, linguístico e econômico de enorme variedade.

PANDEMIA, SAÚDE MENTAL E MIGRAÇÃO

O impacto de epidemias, desastres naturais e guerras à saúde mental é reconhecido como um fator fundamental para as práticas de cuidado. Situações extremas e de vulnerabilidade social podem promover efeitos importantes na saúde mental, por exemplo em manifestações recorrentes de ansiedade, depressão, excesso de preocupação, insônia, entre outros. Também, em situações de crise, há o risco de aumento de casos de violência doméstica (Vide cartilha da Fiocruz sobre violência).

No caso da imigração, é necessário considerar fatores, como a situação de ameaça própria da pandemia e as vulnerabilidades relacionadas ao processo migratório. Nesse ponto, incluem-se os desafios e vulnerabilidades que impulsionaram o processo de deslocamento para outro país, e também os desafios encontrados no novo contexto, com destaque para as diferenças de língua e cultura e para as condições estruturais dos locais de vida dos sujeitos (como moradia, espaço de trabalho e lugares de circulação na cidade).

Outra circunstância importante para a atenção psicossocial é a condição socioeconômica da família e de amigos da pessoa migrante, que podem estar em países mais ou menos afetados pela pandemia. Devido ao rápido acesso às informações pela internet, notícias de outros contextos podem gerar condições adversas de bem-estar mental. Neste contexto, também é necessário ter presente a importância de remessas de dinheiro que alguns migrantes recebem ou enviam para seus familiares, os desafios para trabalhar durante a pandemia e o estresse advindo dessa situação.

RECOMENDAÇÕES DE CUIDADOS ESPECÍFICOS

Considerando os aspectos supracitados, seguem alguns pontos importantes para o cuidado com migrantes durante a pandemia:

- Reconhecer as especificidades dos grupos migrantes e dos sujeitos, incluindo vulnerabilidades sociais e econômicas para que estratégias de atenção sejam delineadas;
- Promover o acesso aos direitos básicos garantidos (saúde, moradia, educação, trabalho) e a benefícios sociais, incluindo os benefícios emergenciais, por meio do encaminhamento à organizações da sociedade civil, governamentais e internacionais de atendimento aos migrantes;
- Desenvolver o trabalho em diálogo com os grupos de migrantes para que também sejam sujeitos (e não somente beneficiários passivos) das ações preventivas e de cuidado, incluindo-os nas decisões e na produção de material informativo;
- Valer-se das estratégias de comunicação comumente utilizadas pelos grupos para difusão de informações (por exemplo redes sociais, *WhatsApp*, rádios comunitárias, etc.);
- Desenvolver material visual informativo de fácil entendimento, bem como informações em várias línguas;
- Acolher as demandas de saúde mental, do que é reconhecido como demanda pelos sujeitos, considerando as especificidades culturais e individuais;
- Acessar os casos de violência entre pares e familiares, com atenção especial às mulheres, pessoas LGBTQI+ e crianças;
- Proporcionar atenção às demandas de cuidadora/es de crianças, idosa/os, pessoas com deficiência e seus familiares, que podem necessitar de apoio;

- Focar em estratégias e ferramentas que reduzam o estresse da população atendida, buscando ações e práticas que cada grupo estabeleça como importantes para enfrentamento de situações de risco (em alguns grupos, nota-se a importância da leitura e exercícios), dentro do que os protocolos de biossegurança permitirem;
- Observar a presença de práticas e tradições religiosas entre essas comunidades imigrantes, compreendendo como essas fazem parte de suas modalidades do cuidado de si, da organização da vida familiar e grupal e, também, do que se entende como saúde, doença, vida, morte e processos como: luto, experiência de ansiedade, sentimento de isolamento, frustração, entre outros; e, quando for o caso, pensar em estratégias que permitam a continuidade de práticas coletivas de forma segura (por meio, por exemplo, de aplicativos de reunião virtual);
- Oferecer atenção especial aos estigmas e preconceitos contra imigrantes, que podem ter aumento em situações de crise, e, em particular, em pandemias (com ideias sobre doenças vindas de fora). Em muitos casos, migrantes podem sofrer sexismo, LGBTQfobia, além da xenofobia e racismo;
- Resguardadas as medidas de prevenção ao contágio, desenvolver e promover ações e redes de cuidado e solidariedade (por meio de grupos virtuais, por exemplo), visando à inclusão social e ao pertencimento do migrante.

Algumas pessoas migrantes podem já ter sentido os efeitos do distanciamento social em seu cotidiano. No atual contexto de restrição ao convívio coletivo, o desafio em estabelecer a proximidade pode ser acentuado para algumas pessoas desse público. As linhas de cuidado aqui propostas são diretrizes gerais de atenção psicossocial; elas ganham vida no confronto diário com situações muitas vezes imprevisíveis, para as quais as estratégias dependem do olhar sensível

às especificidades culturais e individuais e do compromisso em se facilitar o acesso aos direitos garantidos.

SITES RELACIONADOS AO TEMA

- Rede de organizações da sociedade civil que trabalham com migrantes em todas as regiões do Brasil e que podem auxiliar de diversas maneiras: <https://www.migrante.org.br/membros-da-redemir/>
- Informações importantes sobre Coronavírus a refugiados e solicitantes de refúgio (como documentação, acesso a saúde e a auxílio financeiro emergencial) elaboradas pela Agência da ONU para Refugiados (ACNUR) no Brasil (disponível em 5 idiomas): <https://help.unhcr.org/brazil/>
- Informações importantes sobre Coronavírus a indígenas Warao e E'nepa, migrantes da Venezuela (material oral e escrito nas respectivas línguas): <https://help.unhcr.org/brazil/coronavirus-warao-e-enepa/>
- Cartilha Multilíngue (Português, Inglês, Francês, Kreyol, Espanhol) para comunicação básica (incluindo vocabulário e expressões relacionadas à higiene, saúde e consultas médicas): <https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Cartilha-multilinguas-Web.pdf>
- Organização Internacional para as Migrações: <https://nacoesunidas.org/agencias/oim/>
- Caixa Econômica Federal: <http://www.caixa.gov.br/Paginas/home-caixa.aspx>

Referências Bibliográficas

ACNUR BRASIL. **Coronavírus:** indígenas Warao e E'nepá. 2020. Disponível em: <https://help.unhcr.org/brazil/coronavirus-warao-e-enepa/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

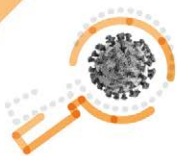
ACNUR BRASIL. **Coronavírus:** informações importantes. 2020. Disponível em: <https://help.unhcr.org/brazil/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **Caixa.** Disponível em: <http://www.caixa.gov.br/Paginas/home-caixa.aspx>. Acesso em: 15 ago. 2020.

INSTITUTO MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS (IMDH). **Contatos.** Disponível em: <https://www.migrante.org.br/membros-da-redemir/>. Acesso em: 15 ago. 2020.

INSTITUTO MIGRAÇÕES E DIREITOS HUMANOS (IMDH). Irmãs Scalabrinianas. **Cartilha Multilíngue:** português, english, français, kreyòl, español. Brasília: IMDH, 2019. 27 p. Para comunicação básica, incluindo vocabulário e expressões relacionadas à higiene, saúde e consultas médicas. Disponível em: <https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2019/03/Cartilha-multilinguas-Web.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2020.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Notícias da Agência OIM.** 2020. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/agencias/oim/>. Acesso em: 15 ago. 2020.



POVOS INDÍGENAS NO CONTEXTO DA COVID-19

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Ana Lúcia Pontes, Bernardo Dolabella Melo, Bianca Sordi Stock,
Carolyne César Lima, Daphe Rodrigues Pereira, Edilaise Santos Vieira
(Nita Tuxá), Fabiane Vick, Fernanda Serperloni, Juliana Kabad,
Luiz Felipe B. Lacerda, Michele Rocha El Kadri, Michele Souza,
Nicolly Papacidero Magrin e Ramiro Gonzalez*

Neste capítulo abordaremos aspectos primordiais sobre saúde mental e psicossocial dos povos indígenas, com recomendações direcionadas tanto aos profissionais de saúde que atuam em territórios indígenas quanto aos profissionais que terão contato direto e indireto com usuários indígenas na rede de serviços do Sistema Único de Saúde.

Planejar uma estratégia e realizar atendimento psicossocial em situações de emergência requer um primeiro momento de reflexão e análise ética e metodológica. Isso implica reconhecer que as comunidades indígenas, além da situação de pandemia, já vivem em um contexto em que são ameaçadas diariamente, não apenas em sua saúde psicossocial, mas, em geral, em bem-estar ou bem viver.

Convém destacar a complexidade que é pensar Saúde Psicossocial em contexto indígena, haja vista a diversidade de povos que compõem o Brasil: 305 grupos étnicos, falantes de 274 línguas diferentes, com modos singulares de se organizar e viver. Mesmo que, quantitativamente, os indígenas consistam em 0,43% do conjunto da população brasileira, eles representam significativa diversidade sociocultural. Por consequência, inúmeros são os desafios na consolidação da cidadania, equidade, justiça social e direitos humanos para estes povos.

São grupos populacionais que se encontram em diferentes conjunturas e ocupando diferentes espaços: há os indígenas isolados propriamente, de recém contato com a sociedade envolvente; há indígenas aldeados, que, geograficamente, por questões logísticas tornam-se quase isolados; indígenas aldeados, mas em zona próxima a urbanidade; indígenas que residem em centros urbanos; e outros que ocupam espaços marginalizados pela ausência de território ou por ter seus territórios invadidos.

Estas realidades plurais dialogam com uma série de violências que a população indígena enfrenta desde a “invasão do Brasil”, sendo expostos a genocídios, ecocídios, violações de Direitos Humanos e a ausência de políticas públicas. Neste sentido, o atual cenário da

pandemia da COVID-19, que representa uma ameaça mundial, acena um alerta para as tratativas de atenção à saúde aos povos indígenas, diante das singularidades socioculturais desta população e as fragilidades da assistência nas mais diferentes esferas governamentais.

DIREITO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Para compreender as iniciativas voltadas para a saúde da população indígena é preciso, primeiramente, referir que a Constituição Federal de 1988 ampliou a responsabilidade do Estado com a saúde pública da população em geral e possibilitou a criação, em 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8080/90. Além disso, a Constituição proclamada no período de redemocratização do país, constitui-se um marco para o reconhecimento da diversidade étnica e dos direitos indígenas nas mais diversas áreas, dentro do escopo de garantia da cidadania. Já o SUS possui como propósito central universalizar a assistência à saúde de forma igualitária, pública e gratuita nos níveis primário, secundário e terciário a todos os cidadãos no território brasileiro.

Incorporado ao SUS, em 1999 foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS), por meio da Lei nº 9.836/99 – mais conhecida como “Lei Arouca”. O modelo de atenção à saúde indígena, apesar de seguir princípios e diretrizes do SUS, tem especificidades, demandas singulares e desafios para o cuidado, por isso, a necessidade da criação do SasiSUS – fruto de um longo período de reivindicações dos movimentos sociais indígenas e sanitaristas – organizado a partir dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), sob responsabilidade federativa.

Constam 34 DSEI's em todo território nacional. Esses mecanismos da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS), têm por objetivo primordial oferecer atenção primária à saúde aos povos indígenas em seus territórios e articular a rede de serviços de acesso a todos os níveis de atenção dispostos pelo SUS nos municípios e estados respectivos à localização dos territórios atendidos.

A viabilização do Subsistema é regulamentada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), pela Lei nº 3.156/99, cujas diretrizes estão pautadas na perspectiva de uma “Atenção diferenciada”, que visa a:

“Garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica e política [...] reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002).

Contudo, apesar de estabelecer a atenção diferenciada como diretriz transversal e obrigatória nos modos e cuidados aos indígenas, essa prática encontra-se limitada, uma vez que não há estratégias efetivas que a assegurem, a começar pela força de trabalho dos profissionais da saúde que são formados nos moldes do modelo biomédico e distante das realidades plurais das populações indígenas e de seus próprios “sistemas médicos”.

No que tange às condições de vida e de saúde, evidências de estudos epidemiológicos indicam um cenário preocupante, com indicadores demográficos de saúde, como coeficientes de morbimortalidade, por exemplo, piores em comparação com a população brasileira como um todo, o que demonstra a vulnerabilidade social e histórica a que esses povos têm sido submetidos. Esta preocupação se agrava no contexto atual com a pandemia da COVID-19 (FIOCRUZ/FGV, 2020).

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas, vinculado à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/ Ministério da Saúde) afirma que tratando-se de populações indígenas, destacam-se três questões a serem consideradas na elaboração/adequação dos Planos de Contingência estaduais e municipais:

- A vulnerabilidade epidemiológica;

- A atenção diferenciada à saúde, inerente à atuação em contexto intercultural;
- A influência de aspectos socioculturais no fluxo de referência no Sistema Único de Saúde (SUS).

COMPREENDER A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E PSICOSSOCIAL DOS POVOS INDÍGENAS

A questão da Saúde Mental em contexto indígena, requer constantes diálogos e rupturas de paradigmas, afinal, trata-se de um conceito que pode não fazer sentido para as populações indígenas quanto à nomenclatura e algumas roupagens de atuação. Cabe refletir sobre os processos de subjetivação das sociedades coletivas, as que diferem da sociedade em geral por sua significativa relação com o ambiente que vivem, as que norteiam sua espiritualidade e visão de mundo adotando conceitos particulares quanto à Noção de Pessoa e a concepções de Corpo/Mente.

Assim, buscando maior aproximação da realidade dos povos indígenas, propõe-se, preferencialmente, propor concepções como bem-viver ou saúde psicossocial, conforme tem sido acordado com as próprias comunidades na atuação do programa de Atenção à Saúde Mental desempenhada pelos DSEI's, em resposta a Política de Atenção à Mental Indígena, Portaria nº 2159/2007.

Nesse âmbito, existem problemas que são identificados pelos próprios indígenas como promotores de “adoecimento” e fatores que englobam uma série de fragilidades, dentre elas, a “psíquica”. As violências e as violações sofridas ao longo do tempo, revelam parte expressiva da exposição dos indígenas a variadas situações de vulnerabilidade, tendo suas vidas e espaços sagrados ameaçados. Dificuldades de garantia aos seus territórios tradicionais, conflitos territoriais frequentemente com uso de armas de fogo (estimulados pela agroindústria, garimpeiros e madeireiros, entre outros), limitação de reprodução dos aspectos da

vida cultural, condições adversas de vida nas aldeias e/ou nas cidades, vivências de discriminação, entre outros elementos, consistem em sérias ameaças à saúde psicossocial dessa população. Portanto, é necessário abandonar a dimensão restritiva e exclusiva do “mental” e abrir-se a uma estratégia que incorpore a esta, o social, o cultural e o cosmológico como dimensões que também precisam ser consideradas.

Incorporar essas dimensões ao foco de atenção nos leva a propor objetivos que permitam *“valorizar e respeitar conhecimento, formas de organização social, crescimento, economias e tecnologias apropriadas a cada comunidade”*, conforme a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, anexo 3 do anexo XIV, do Ministério da Saúde. Portanto, cabe considerar seus modos de organização da vida a partir de três princípios básicos:

- Reconhecer as próprias capacidades das comunidades para identificar e usar seus próprios recursos;
- Reconhecer as perspectivas que as comunidades têm sobre os processos de adoecer, sofrer e curar assim como as práticas adotadas para isso;
- Reconhecer que as práticas locais se baseiam em um sistema cosmológico que exige, por sua vez, ser conhecido e reconhecido.

As demandas das populações indígenas associadas à COVID-19 devem ser compreendidas oriundas da experiência de um sofrimento intimamente relacionado aos significados das cosmologias correspondentes a cada grupo étnico. Portanto, é de vital importância conhecer quais significados particulares a contato com a COVID-19 podem ter para as comunidades e pessoas com as quais a abordagem está sendo realizada.

Ao conduzir possíveis estratégias de enfrentamento para a pandemia, vale ressaltar que as comunidades implementam suas próprias

estratégias de promoção da saúde psicossocial, relacionadas à manutenção de aspectos culturais de suas vidas diárias e cotidianas, o que deve ser respeitado e considerado em primeiro plano. Contudo, muitas dessas estratégias também estão impedidas em função da exigência do isolamento social, principal diretriz de prevenção da Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, atividades coletivas como rezas, danças, cantos e momentos de diálogo nas casas de reza de cada comunidade, como também as grandes reuniões familiares, seus rituais de despedida (diante da morte com rezas, manuseio do corpo, velório da cruz); rituais de comemorações, como o da colheita, entre outros, de acordo com cada etnia – representam todo um conjunto de práticas coletivas fundamentais para a manutenção da vida e saúde mental e psicossocial dos grupos indígenas que, no momento, encontram-se suspensas.

Nesse sentido, faz-se necessário confrontar dois desafios relacionados ao contato. Antes de tudo, pensar em planos de enfrentamento e de alternativas que respeitem a necessidade de, porventura, não serem contactados, como várias comunidades têm declarado. E segundo, conduzir com a comunidade o desafio de enfrentar uma ameaça externa, vendo suas próprias estratégias ameaçadas, uma vez que as atividades de autocuidado implementadas pelas aldeias são baseadas no contato comunitário.

Sem muitas possibilidades de contato direto e pessoal, torna-se imperativa a busca por meios alternativos de contato. O uso de redes e veículos digitais pelas comunidades está aumentando e o fortalecimento desses meios deve ser promovido nas estratégias que buscamos nesse novo contexto. O contato à distância exige maior sensibilidade na escuta, em especial, ouvir a partir do lugar das próprias interpretações e cosmologias das comunidades contactadas nesse contexto de emergência.

No que se refere especialmente aos agravos relacionados ao campo de cuidados da saúde mental, destacam-se as elevadas taxas de

mortalidade por suicídio, as ocorrências de tentativas de suicídio e automutilação, o aumento de casos de violências letais e não letais, o uso prejudicial de bebida alcoólica e outras drogas, entre outros.

Considerando as articulações e movimentos dos próprios indígenas, convém mencionar que o *Acampamento Terra Livre*, um dos encontros mais potentes realizados pelos indígenas na capital do país, que ocorre anualmente em abril (mês alusivo aos povos indígenas), este ano foi realizado virtualmente, sendo gerido e protagonizado pelos próprios indígenas. Serviu como um espaço para a oferta de informação aos parentes e para promoção de debates e provocações acerca do cenário atual, no qual, os indígenas imprimiram visibilidade e resistência.

Nesse sentido, este capítulo visa a estabelecer algumas recomendações para que os gestores, profissionais de saúde e lideranças indígenas possam implementar estratégias de atenção psicossocial para que seja possível diminuir os impactos negativos da pandemia nos povos indígenas.

RECOMENDAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM EM TERRITÓRIOS INDÍGENAS

Pensando nos cuidados de Atenção Psicossocial das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), se faz necessário:

- Conhecer os protocolos de biossegurança e de etiqueta respiratória durante os atendimentos, bem como, ampliar os conhecimentos gerais acerca da pandemia em fontes seguras e oficiais;
- Assegurar o compartilhamento de informações qualificadas e seguras. A comunicação deve ser realizada de maneira simples, clara e objetiva, com linguagem acessível e adequada a cada população atendida;
- Promover as atividades previstas na Atenção Primária/ Ministério da Saúde para prevenção e manejo dos casos suspeitos e confirmados

de infecção pelo novo coronavírus (COVID-19) contemplando a população indígena em contexto urbano;

- Em relação aos profissionais da saúde, com destaque para os profissionais da saúde indígena, compreender que a atenção psicossocial e cuidados no campo da Saúde Mental não são responsabilidades de uma única categoria de profissionais (como os psicólogos), devendo, dentro das possibilidades do manejo da sua prática, ser assumida também por demais profissionais de saúde;
- Orienta-se ainda que os profissionais de saúde, conselheiros de saúde indígena, lideranças e cuidadores tradicionais elaborem conjuntamente estratégias para disseminar cuidados e ações de prevenção aos agravos de saúde mental, junto às comunidades indígenas, de modo contextualizado, considerando as especificidades socioculturais de cada povo/etnia, visando à proteção e ao acolhimento dos usuários para promoção da saúde psicossocial;
- Articular por meio de Ações Intersetoriais (Ex: SESAI, FUNAI, Governos locais, Organizações não-governamentais, entre outros), a garantia de “serviços” que contemplem a demanda biopsicossocial de cada grupo, considerando as especificidades, tendo como exemplo: demanda de segurança alimentar, proteção territorial, água potável, atenção e cuidados em saúde, educação, moradia, capacidade de isolamento social quando necessário, entre outros;
- Destinar a escuta ativa também para acolher as interpretações que os indígenas fazem acerca da situação, visando a refletir seus aspectos cosmológicos. Por exemplo, o líder Ailton Krenak considera que o novo coronavírus é uma resposta da “Terra”, que vem sendo maltratada e explorada, sendo a crise do adoecimento uma possibilidade para a evolução humana no aspecto da espiritualidade e na relação com o cosmo;
- Promover Educação em Saúde tendo o cuidado para não gerar pânico e/ou menosprezar a gravidade da situação. Deve-

se considerar as especificidades culturais por meio da língua tradicional e/ou por meio da linguagem que os contemple, bem como da organização social e lideranças indígenas;

- Buscar promover mecanismos de cuidados nos núcleos familiares, entre pais e filhos, no intuito de potencializar uma relação socioafetiva como proteção às fragilidades emocionais;
- Incentivar os indígenas à prática de exercícios, mesmo que dentro de sua casa, à realização de uma boa alimentação com alimentos produzidos na aldeia, plantados e colhidos da terra, além do consumo de ervas e remédios naturais, a fim de manter uma alimentação tradicional, dentro de cada etnia, em detrimento de alimentos industrializados;
- Estimular os indígenas a manter e praticar a espiritualidade, sejam quais forem as referências deles. Em especial, buscar aproximação com os praticantes dos sistemas médicos tradicionais (pajés, rezadores, parteiras, xamãs, entre outros);
- Ter como aliada a cartilha “Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver”, uma produção fruto da cooperação técnica entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI-MS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS);
- Possibilizar aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) informações claras e capacitação em cuidado em saúde para a COVID-19 e sensibilizá-los para a identificação de indígenas que possam estar em situação de sofrimento socioemocional, para que estratégias e redes de cuidado sejam imediatamente acionadas. Especial atenção para o entristecimento das mulheres e jovens;
- A partir da escuta ativa e de espaços de diálogo, construir com os indígenas e órgãos competentes alternativas de renda e segurança

alimentar para as comunidades que dependem da venda do artesanato, especialmente nas grandes cidades, e que, em função da pandemia, estão interrompidas;

- Nas comunidades em que há escolas indígenas, buscar articulação e construção de estratégias de educação em saúde junto aos professores indígenas;
- Auxiliar, na medida do que for possível, na construção de alternativas de comunicação entre os parentes de comunidades distantes, visto que o trânsito e a circulação entre comunidades estão interrompidos em diversas localidades;
- Além de todos os graves problemas que as comunidades indígenas têm enfrentado e que antecedem a COVID-19, novos fatores de risco para sofrimento psíquico merecem atenção: o impedimento de venda de artesanatos nos perímetros urbanos; o impedimento de visitar parentes em outras comunidades; o medo da possibilidade de adoecimento dos mais idosos e de outros entes próximos; a intensificação de situações de violência intracomunitária e de uso prejudicial de álcool, drogas e outras substâncias. Casos de suicídio merecem atenção máxima, pois observa-se a tendência de outros indígenas da mesma comunidade também se suicidarem;
- Construir dentro das possibilidades, no que tange à falta de sepultamentos neste contexto sanitário, estratégias de diálogos e negociações que respeitem os códigos culturais de cada povo, para que o processo de luto (caso ocorra) seja vivenciado de modo menos traumático possível;
- Estabelecer uma rede de apoio para acolher os indígenas que durante a incidência da pandemia se encontravam em contexto urbano e foram impedidos de retornar para seus territórios: indígenas universitários, lideranças, entre outros. Cabendo uma articulação para mapeamento por meio da SESAI, organizações indígenas, Universidades e a rede de assistência local.

RECOMENDAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO SUS

Recomenda-se à Rede de Atenção Psicossocial do SUS (APS, Consultório na Rua, CAPS, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais):

- Identificar, em seu território, o DSEI responsável e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) de modo a incluí-los nos Planos de Contingência dos estabelecimentos de saúde da rede de referência do SUS;
- Levantar a disponibilidade nos hospitais de referência de leitos de internação com isolamento e leitos de UTI com isolamento para casos graves, em específico, para indígenas de recente contato;
- Garantir o registro étnico na ficha de triagem, ingresso e/ou atendimento do indígena quando este chega ao serviço de saúde, a fim de garantir maior fidedignidade às estatísticas sobre os impactos da pandemia nesta população específica;
- Quando possível, mapear e aliar-se às ações já desempenhadas no campo da saúde física e mental, pelos Movimentos Indígenas organizados em cada municipalidade;
- Traçar estratégias, estabelecendo protocolos de cuidados aos indígenas no contexto hospitalar e, considerando a política de Atenção Diferenciada, que sejam garantidos o acesso à tradução linguística e cultural e suporte da sua rede de Atenção;
- Buscar compreender as especificidades culturais do paciente e elaborar conjuntamente as estratégias de cuidado, tanto durante a internação quanto no retorno à comunidade;
- Promover a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas das populações indígenas atendidas;
- Viabilizar critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural, e que possuam disponibilidade para o diálogo, garantindo que as estratégias sejam de fato factíveis;

- Ter presente que a saúde é sempre integral, portanto, se não houver cuidado, respeito, e valorização dos aspectos culturais, o adoecimento socioemocional decorrente destas faltas tende a agravar os quadros clínicos da COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental dos povos indígenas está intimamente ligada às tessituras de narrativas sobre os fatos da vida e cada comunidade indígena é absolutamente singular. As políticas e estratégias de cuidado com a COVID-19 e seus impactos na saúde psicossocial necessitam ser construídas a partir de cada contexto e, sempre, em conjunto com as lideranças comunitárias locais. Portanto, o respeito e a visibilidade do lugar de fala e da perspectiva dos indígenas no contexto da pandemia são base para qualquer política de garantia da dignidade e da saúde integral das comunidades.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

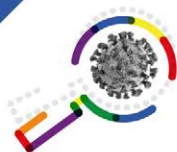
BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. Departamento de Atenção à Saúde Indígena. **Atenção psicossocial aos povos indígenas: tecendo redes para promoção do bem viver**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

FIOCRUZ/FGV. Relatório Técnico. **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas**: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica, 2020. Disponível em: <http://www.abep.org.br/site/index.php/demografia-e-COVID-19/1638-risco-de-espalhamento-da-COVID-19-em-populacoes-indigenas-consideracoes-preliminares-sobre-vulnerabilidade-geografica-e-sociodemografica>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PROTEÇÃO SOCIAL NA PANDEMIA





SUAS NA COVID-19: PROTEÇÃO SOCIAL A GRUPOS VULNERABILIZADOS

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Adolfo Pizzinato, Ana Lúcia Gomes, Andreia Simplicio, Beatriz Schmidt,
Bernardo Dolabella Melo, Bianca Totene Viqueci, Carolyne Cesar Lima,
Dyana Souza, Ellen Mariane Alves Coleraus, Ionara Vieira Moura Rabelo,
James Ferreira Moura Jr., Juliana Fernandes Kabad,
Lygia Zamali Fernandes, Lorrany Rodrigues, Maurício Hirata,
Michele Souza e Souza, Nicolly Papacidero Magrin,
Rozana Maria da Fonseca, Sara Meneses e Tarsila Flores*

A política de assistência social oferta serviços, benefícios, programas e projetos como medidas de proteção social a pessoas e a famílias em situação de vulnerabilidades e/ou de riscos sociais, assim como as demais funções de vigilância socioassistencial e defesa de direitos para provisão de seguranças sociais, visando à garantia de direitos socioassistenciais¹. Assim, no cenário de pandemia, em que se percebe o agravamento das consequências das desigualdades sociais, as quais são vivenciadas de forma mais agudizada pelos grupos vulnerabilizados, é imprescindível considerar o contexto social, cultural, econômico e político das populações.

Nessa direção, deve-se considerar o panorama nacional, caracterizado por iniquidades estruturais que, em situações de crise, tendem a agravar ainda mais as vulnerabilidades interseccionais. Essa leitura crítica e cuidadosa é fundamental para que os profissionais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) identifiquem grupos populacionais que se encontram vulnerabilizados, em situação de risco ou violação de direitos.

Um dos maiores recursos demonstrados ao longo da pandemia de COVID-19 é a potência da solidariedade. Criar redes de suporte tanto para indivíduos como para comunidades, promover a articulação intersetorial entre serviços e políticas públicas, sobretudo envolvendo a população nos processos de construção, reorganização, planejamento, execução e avaliação das ofertas socioassistenciais é promover cuidado em saúde mental e atenção psicossocial.

Dessa forma, a presente cartilha tem como objetivo instrumentalizar as equipes de referência dos serviços do SUAS no que se refere à saúde mental e à atenção psicossocial em situações de emergência. Em particular, considerando a perspectiva interseccional para a

¹<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/xx-conferencia-estadual-de-assistencia-social/Decalogo%20Socioassistencia%20-%2010%20direitos%20socioassistenciais.pdf/view?searchterm=>

compreensão das vulnerabilidades de acesso ao SUAS, enfocando grupos populacionais que, frequentemente, encontram-se em situação de maior vulnerabilidade, por diversos fatores, e que podem enfrentar ainda mais dificuldades para acessar recursos e meios necessários à proteção da vida e à garantia de seus direitos durante a pandemia. É preciso abordar, especificamente, a população negra, as pessoas com deficiência, a população LGBTI+ e os povos e as comunidades tradicionais, no sentido de apresentar ações possíveis no âmbito do SUAS para enfrentamento da pandemia e garantia dos direitos desses grupos vulnerabilizados.

Afora o capítulo *Orientações a Trabalhadoras/es e Gestoras/es do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)² para Ações na Pandemia COVID-19*, que deve ser lida em complementaridade ao presente material, também podem ser consultadas outras cartilhas da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19, da FIOCRUZ, sobre grupos populacionais que, em geral, também se encontram em situação de maior vulnerabilidade (ex.: *população em situação de rua*³, *população privada de liberdade*⁴, *pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas*⁵, bem como *povos indígenas*⁶).

SUAS, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA COVID-19

No que concerne ao quadro geral de saúde mental e atenção psicossocial, a maioria das pessoas afetadas por pandemias ou eventos críticos necessitará de cuidados básicos de saúde, segurança pública e proteção social. Por outro lado, uma parcela menor poderá desenvolver

² https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/07/cartilha_SUAS.pdf

³ <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/COVID-19-e-saude-mental-novas-cartilhas-abordam-violencia-domestica-e-populacao-em-situacao-de-rua/>

⁴ https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_sistema_prisional.pdf

⁵ <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilhamigranterefugia-dos3004.pdf>

⁶ https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_povos_indigenas.pdf

sintomas mais intensos, necessitando de cuidados especializados (IASC, 2007⁷). A saúde mental e a atenção psicossocial são definidas como ações de apoio local e/ou externo, que tenham como principal objetivo promover e proteger o bem-estar psicossocial, assim como prevenir e tratar condições de saúde mental que afetam populações atingidas por emergências humanitárias (IASC, 2020).

O IASC (2020) é pautado pelos seguintes princípios: o não prejuízo, a promoção dos direitos humanos e da igualdade, o uso da abordagem participativa, a ação baseada nas capacidades e nos recursos disponíveis, as intervenções em diversas camadas, bem como os sistemas de suporte integrados. A partir das diretrizes do IASC, elaborou-se uma pirâmide de intervenções (Figura 1), que recomenda níveis de suporte complementares e integrados durante uma emergência humanitária, de forma adaptada às necessidades das populações e em diferentes momentos da pandemia (antes, durante e depois das altas taxas de infecção). Essas respostas reafirmam a importância da atuação conjunta entre as políticas públicas disponíveis no território, visto que a grande maioria das pessoas afetadas encontrará amparo na sua própria rede socioafetiva. Portanto, como referido anteriormente, uma parcela menor das pessoas afetadas precisará de atenção profissional por médicos generalistas, assistentes sociais e psicólogos, ao passo que uma minoria necessitará de cuidados específicos do campo da psiquiatria.

⁷ Inter-Agency Standing Committee Working Group (IASC, 2007), dirigido pelo Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA).

Figura 1: Pirâmide de intervenções do IASC

Exemplos:

Atenção à saúde mental por profissionais de saúde mental (enfermeiro psiquiátrico, psicólogo, psiquiatra, etc.)

Atenção básica à saúde mental (por pessoal de atenção primária). Apoio emergencial e prático básico por agentes comunitários

Ativação da rede social. Espaços amigos das crianças que oferecem apoio. Suportes comuns tradicionais.

Promoção de boas práticas humanitárias: serviços básicos seguros, socialmente apropriados e que protejam a dignidade.



Fonte: Grupo de Referência IASC sobre Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Emergências Humanitárias (IASC, 2020).

INTEGRAÇÃO DO SUAS NAS DIRETRIZES DO IASC SOBRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM EMERGÊNCIAS HUMANITÁRIAS

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) pode ser agregada como um dispositivo de atenção psicossocial às diretrizes do IASC sobre Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Emergências Humanitárias. Espera-se, assim, que essa incorporação possa potencializar e dar visibilidade à capacidade de resposta à situação de pandemia no Brasil, evitando a sobreposição de ações e a descaracterização dos objetivos da política pública de assistência social. A proteção social preconizada pelo SUAS encontra afinidade com o direcionamento do IASC, ao apontar que nas camadas da pirâmide, as principais tarefas são identificar, mobilizar e fortalecer habilidades e capacidades de indivíduos, famílias, comunidades e sociedades locais, ressaltando a importância dos diferentes sistemas de atenção (IASC, 2020).

A provisão das seguranças afiançadas pelo SUAS (acolhida; convívio ou vivência familiar, comunitária e social; renda; desenvolvimento de autonomia e apoio; e, auxílio) são fundamentais para que os impactos socioeconômicos da pandemia à população em situação

de vulnerabilidade e/ou riscos sociais sejam minimizados, evitando desproteção social. Assim, respostas mais efetivas e integradas tendem a diminuir a agudização dos sofrimentos mentais que venham a demandar serviços especializados. Cabe destacar que os serviços tipificados pelo SUAS e todos os componentes da rede socioassistencial não estão hierarquizados por níveis de proteção social na representação da pirâmide das diretrizes do IASC, visto que as ações da assistência social como um todo são ações de promoção da atenção psicossocial, com base na perspectiva de saúde mental e atenção psicossocial proposta por esse Comitê.

É importante considerar as diversas nuances que permeiam as vulnerabilidades populacionais nesse contexto, como as questões de qualidade de moradia e impossibilidade de distanciamento adequado, com vistas também à perspectiva da violência que incide sobre a população negra, mulheres, população LGBTI+, indígenas e população em situação de rua, pois todos esses grupos historicamente têm demonstrado dificuldade de acesso às políticas públicas de construção de cidadania.

Figura 2: Pirâmide de intervenções em saúde mental e atenção psicossocial integrando o SUAS para atuação na COVID-19



Fonte: Elaboração própria.

O que a pirâmide do IASC demonstra é que a participação social é um fator de fortalecimento dos processos de cuidado, acesso e qualidade dos direitos em saúde e assistência social no contexto da COVID-19. Ao incluir a articulação intersetorial e os movimentos sociais e comunitários, destaca-se que o suporte em saúde mental e atenção psicossocial se faz em coletividade, tanto no âmbito das políticas como da participação social.

UM OLHAR INTERSECCIONAL PARA COMPREENSÃO DE VULNERABILIDADES

Na cartilha “Orientações a Trabalhadoras/es e Gestoras/es do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para Ações na Pandemia COVID-19”, da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19, da FIOCRUZ, apresentou-se a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), organizada por meio do SUAS, enfatizando a centralidade da sua atuação no contexto da pandemia de COVID-19. Assim, é imprescindível que profissionais do SUAS identifiquem grupos populacionais que se encontram vulnerabilizados, em situação de risco ou violação de direitos e, que nesse período, podem estar ainda mais suscetíveis a iniquidades. Essas situações são expressas na PNAS, considerando condições que tendem a resultar em processos de marginalização e violação de direitos (ex.: perda ou fragilidade de vínculos familiares e sociais/comunitários, identidades estigmatizadas devido ao pertencimento étnico/racial, orientação sexual, identidade de gênero, desvantagens resultantes de deficiências, uso de substâncias psicoativas, exclusão pela pobreza, dentre outras).

A interseccionalidade é definida por Crenshaw (2002) como a interdependência de sistemas múltiplos de subordinação, a partir de processos discriminatórios como racismo, patriarcalismo e opressão de classe, que geram desigualdades. A autora acrescenta ainda que a interseccionalidade auxilia no entendimento sobre o modo como ações e políticas desencadeiam ou asseveram opressões. Portanto,

é preciso refletir sobre a exclusão e as desigualdades sociais e raciais no Brasil. Esses sistemas promovem intersecções complexas que são interdependentes em um mesmo sujeito. No que tange às políticas sociais, é importante que esses âmbitos (i.e., social, cultural, político e econômico) sejam considerados a partir das iniquidades estruturais presentes no cenário nacional, as quais podem fazer com que vulnerabilidades interseccionais sejam ainda mais agravadas em situações de crise.

A POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Na última estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizada em 2016, a população negra no Brasil, entre pretos e pardos, era 54,9% da população brasileira (205,5 milhões), cerca de 112,8 milhões de pessoas. Em todas as regiões brasileiras é possível encontrar representatividade da população negra, variando de 74,6% da população total no Nordeste a 22,5% na região Sul. No entanto, essa população sofre iniquidades sociais relacionadas ao racismo, considerado um fator determinante de existência e, por conseguinte, de saúde.

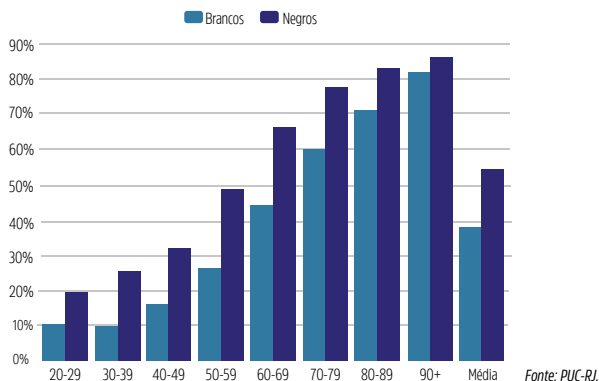
Pensar sobre as vulnerabilidades às quais a população negra está exposta implica compreender as persistentes desigualdades sociais no Brasil, principalmente considerando o racismo estrutural que molda a nossa sociedade. Essas desigualdades apontam as desvantagens referentes ao mercado de trabalho, distribuição de renda, condições de moradia, educação, saúde, violência e representação política (IBGE, 2019) que atingem a população negra quando comparada à população branca.

A população negra sofre os impactos da pandemia de forma devastadora, principalmente pela dificuldade de acesso às políticas públicas (PASSOS, 2020). Enquanto medidas preventivas relacionadas à higiene são discutidas, grande parte das favelas e periferias não possuem acesso ao saneamento básico.

Não sem motivo, observa-se que a incidência de mortes pela pandemia se agrava diferencialmente nas regiões mais pobres das cidades (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO; SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2020) e apresenta sua incidência fatal extraordinariamente mais elevada na população discriminada, quando examinada sob o crivo racial. Estudo recente sobre os óbitos por COVID-19 classificados pelo critério de raça/cor no Espírito Santo (FORDE; FORDE, 2020) revela que a incidência de morte na população negra é o dobro da encontrada entre os brancos.

A partir de dados colhidos pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS), da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), observa-se que houve morte de mais da metade da população negra internada em unidades de saúde brasileiras, com sintomas de Síndrome Respiratória Aguda Grave e confirmação de COVID-19. A pesquisa avaliou 29.933 casos de internação concluídos (com cura ou óbito). O percentual de casos de óbitos de pacientes registrados como negros (54,8% de 8.963 pacientes internados) foi maior do que de pacientes registrados como brancos (37,9% de 9.988 pacientes internados).

Figura 3: Percentual de óbitos de internados com recorte racial



De acordo com a coordenação do estudo supramencionado (BATISTA et. al., 2020), existem duas hipóteses possíveis para entendimento de tal diferença na letalidade entre as duas populações (negros e brancos), que pode ter fundamentação tanto biológica quanto ambiental e socioeconômica. A última hipótese é a que prevalece, não só para o grupo da PUC-RJ, como também para a pesquisa recentemente publicada, intitulada “*Sharpening the global focus on ethnicity and race in the time of COVID-19*” (BHALA et. al, 2020)⁸.

No caso específico da população encarcerada ou de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, a vulnerabilidade à COVID-19 cresce proporcionalmente às inadequadas estruturas nas quais o encarceramento se apresenta: sem sistema de ventilação adequada, sem saneamento básico, sem acesso à água potável de qualidade e de forma regular. Há também que se frisar a ausência do direito à alimentação adequada e do acesso à saúde de forma equânime, em comparação ao todo populacional. A população em situação de privação de liberdade pode ser considerada uma das mais atingidas e vulneráveis ao novo coronavírus, a despeito das informações específicas sobre contágio serem subnotificadas, devido à ausência de testagem nas unidades em questão. Ressalta-se ainda que mais de 70% da população encarcerada no país é composta por pessoas negras.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015) identifica-se que as “*pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas*” (BRASIL, 2015). Um documento

⁸ [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31102-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31102-8.pdf)

publicado recentemente pelo Ministério da Saúde (2020), apresenta dados do Censo Demográfico de 2010, em que se identificou que as pessoas com deficiência representavam 24% da população brasileira.

A população formada por pessoas com deficiência vivenciou, ao longo da história, o estigma da incapacidade para o trabalho como determinante para o acesso às políticas assistenciais.

Considerando a pandemia e as barreiras sociais estabelecidas no campo dos direitos, notam-se desafios comuns a todos os brasileiros, tais como o desemprego e os empregos informais, que também atingem esse segmento populacional. Além disso, há de se considerar aspectos práticos para o cuidado, como a inadequação de máscaras para pessoas com deficiência. As recomendações de saúde nem sempre atendem às necessidades diversas, de modo que algumas pessoas com deficiência podem apresentar dificuldades para segui-las, dado que a recomendação “universal” desconsidera necessidades diferentes que levem em conta a equidade como norteammento. Algumas questões podem ser pontuadas para esse grupo, como a hipersensibilidade ao toque, a tecidos e a máscaras. Além disso, deve haver a adequação das orientações para o Braille e para a Língua Brasileira de Sinais (Libras).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência estabelece que “em situações de risco, emergência ou estado de calamidade pública, a pessoa com deficiência será considerada vulnerável, devendo o poder público adotar medidas para sua proteção e segurança”, e o Conselho Nacional de Saúde através da Recomendação nº 031, de 30 de abril de 2020, recomenda ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) que nos seus respectivos âmbitos de competência, dentre outras medidas, que sejam incluídas “no grupo de risco todas as pessoas com deficiência, reconhecendo que a condição de deficiência coloca essa população em maior risco de infecção pelo COVID-19”. O Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos lançou a

cartilha “Pessoas com Deficiências e Doenças Raras e o COVID-19” com algumas indicações direcionadas à esta população⁹.

Compreende-se que, para além das recomendações ditas como universais, é necessário considerar as especificidades da deficiência em questão, além da capacitação em acolhimento para os profissionais de cuidado, atendentes pessoais e equipes de cuidado em casa (*homecare*), a fim de que as recomendações sejam seguidas pelos profissionais e as condições dos pacientes sejam consideradas como um ponto de partida para o exercício do cuidado.

Algumas considerações são feitas para pessoas que possuem doenças raras, como: o processo de isolamento máximo (que funciona como uma medida de prevenção à infecção do vírus, sendo necessário que os doentes crônicos não descuidem do tratamento em andamento), atenção redobrada à higienização das pessoas com ventilação mecânica e traqueostomizadas e, se possível, evitar o contato com clínicas e hospitais que são frequentados na rotina do paciente.

As orientações seguintes têm como base a cartilha citada acima e as recomendações da OMS, considerando ainda as especificidades das deficiências como norteamento de atenção à integralidade e à equidade dos sujeitos:

- **Deficiências Físicas:** atenção às lesões medulares (que podem oferecer dificuldade respiratória); cuidado redobrado com a limpeza de objetos e superfícies tocadas com frequência, como o aro de impulsão da cadeira de rodas, próteses, órteses, bengalas, muletas e andadores;
- **Deficiência Visual:** a lavagem de mãos deve receber atenção, visto que é um dos sentidos muito explorados, na medida em que alcançam e reconhecem as superfícies para identificação do espaço; limpeza dos objetos utilizados para locomoção (indica-se água, sabão e álcool

⁹ <https://sway.office.com/TsIUgNeDgKS2gy0I?ref=Link>

70%); se houver necessidade de ajuda, sempre tocar nos ombros e evitar extremidades, como mãos e cotovelos. É necessário que a lavagem de mãos seja descrita de forma correta em todos os passos para compreensão da complexidade desse procedimento e, também, a disponibilização de materiais auditivos que discutam tópicos relacionados à pandemia;

- **Deficiência Auditiva:** recomendações regulares da OMS, com a inserção da Libras como forma de comunicação, e necessariamente evitar o toque nos olhos, na boca e no nariz durante a conversação;
- **Deficiência Intelectual:** nesses casos, pode existir dificuldade na compreensão das recomendações, sendo necessário orientações adicionais e supervisão; cuidados de higiene pessoal devem ser redobrados; ademais, pessoas com Síndrome de Down podem apresentar “uma incidência maior de disfunções da imunidade, cardiopatias congênitas e doenças respiratórias, portanto, devem ser consideradas grupo de risco”, de acordo com a cartilha. Sendo necessário que seja utilizada linguagem simples nas estratégias e ações de comunicação;
- **Surdocegueira:** considerando a comunicação com contato físico, deve-se preocupar com a higienização das mãos e dos antebraços como o caso das Libras tátil e do tadooma.

Atender às especificidades de pessoas com deficiência perpassa o deslocamento do modelo biomédico, que restringe à concepção de deficiência e impõe adequação social, para uma atenção integral entre o indivíduo e a sociedade, que considere a deficiência uma forma de vida saudável e dotada de pluralidade de existência. Isso compreende o enfrentamento de discriminações que subestimam as identidades de pessoas com deficiência e precisam ser tratadas e cuidadas por sua totalidade, sendo possuidoras de narrativas que perpassam questões de raça, gênero, classe e sexualidade.

É imprescindível que o direito à acessibilidade em todos os seus aspectos, conforme estabelecido pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, seja considerado como uma diretriz no processo de reorganização da oferta de serviços socioassistenciais às pessoas com deficiência, na veiculação de informações e demais comunicações realizadas sobre a pandemia, a saúde pública, a educação, bem como a atuação do SUAS, dentre muitos outros temas e assuntos, de maneira que as informações veiculadas estejam com condições de acessibilidade para as pessoas com deficiência em todos os seus diversos aspectos (físicas, intelectuais e sensoriais). É importante que as equipes da rede socioassistencial estejam atentas a demandas e necessidades das pessoas com deficiência (e também de seus familiares e cuidadores), em relação ao acesso aos serviços das demais políticas públicas (ex.: acesso a serviços de saúde, educação inclusiva com os recursos necessários, etc.), ao mercado de trabalho, aos impactos e às implicações decorrentes da pandemia no âmbito das relações e dos espaços de trabalho, dentre outras demandas, de maneira a atuar para garantia de direitos.

Para mais informações adicionais sobre pessoas com deficiência, sugere-se a leitura dos seguintes materiais:

- Documento “Tópicos em foco COVID-19 e os direitos das pessoas com deficiência”, da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPED), de São Paulo¹⁰;
- Documento “Pessoas com deficiência na resposta à COVID-19”, da Organização Internacional do Trabalho (OIT)¹¹;
- “Plano de contingência para pessoas com deficiência”, do Governo Federal¹²;

¹⁰ https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/noticias/index.php?p=297543

¹¹ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---ifp_skills/documents/publication/wcms_741590.pdf

¹² <https://www.gov.br/planalto/pt-br/acompanhe-o-planalto/noticias/2020/07/governo-federal-lanca-plano-de-contingencia-para-pessoas-com-deficiencia>

- Cartilha “Como incluir pessoas marginalizadas e vulneráveis na comunicação de riscos e no envolvimento da comunidade”¹³ da Organização Mundial da Saúde;
- Cartilha “Crianças na pandemia COVID-19”, da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19, da FIOCRUZ¹⁴.

POPULAÇÃO LGBTI+

A Lei Orgânica da Assistência Social tem como um dos seus princípios a “igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais” (BRASIL, 1993). A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (BRASIL, 2006) estabelece como princípio ético para os trabalhadores da assistência social:

“Garantia do acesso da população a política de assistência social sem discriminação de qualquer natureza (gênero, raça/etnia, credo, orientação sexual, classe social, ou outras), resguardados os critérios de elegibilidade dos diferentes programas, projetos, serviços e benefícios” (pp. 22, BRASIL, 2006).

Em 2018, foi lançada a Resolução Conjunta nº 01 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT), que estabelece parâmetros para qualificação do atendimento socioassistencial da população LGBTI+ no SUAS. Portanto, é partindo desses princípios e dessas orientações que os serviços devem se organizar para receber as populações.

¹³ https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/COVID-19%20-%20How%20to%20include%20marginalized%20and%20vulnerable%20people%20in%20risk%20communication%20and%20community%20engagement.pdf?fbclid=IwAR1HRzZNSQUTJaWAKzwBvZbwke-V_OwINKC-XclEtTlgBrKnNdHGLKqmWKTg

¹⁴ https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf

O levantamento “**Diagnóstico LGBTQ+ na Pandemia**”¹⁵ aponta quais são os principais impactos da pandemia de COVID-19 na população LGBTQ+: a piora no quadro de saúde mental, o afastamento da rede de apoio e a falta de fonte de renda. A partir dos dados, a equipe criou um índice de vulnerabilidade da população LGBTQ+ à COVID-19 (VLC). O VLC apresenta resultados que variam entre 0 e 1, sendo que, quanto mais próximo a 1, maior a vulnerabilidade à COVID-19 do grupo analisado. O VLC destaca que os grupos mais vulneráveis a partir do levantamento foram pessoas transgênero, seguidas por pessoas pretas, pardas e/ou indígenas, pessoas bissexuais, mulheres cis e lésbicas. Os dados apontam para a interseccionalidade entre raça, classe, gênero e sexualidade como alto fator de vulnerabilidade, conforme consta na Figura 4.

Figura 4: Índice VLC - vulnerabilidade LGBTQ+ à COVID-19

GRUPOS	ÍNDICE DE VULNERABILIDADE	RENDA E TRABALHO	EXPOSIÇÃO AO RISCO	SÁUDE
LGBTQ+	0,488	0,293	0,751	0,420
Cis	0,485	0,287	0,753	0,415
Mulher Cis	0,499	0,314	0,757	0,426
Homem Cis	0,474	0,266	0,750	0,407
Trans	0,520	0,353	0,733	0,475
Branco / Asiático	0,470	0,272	0,754	0,384
Preto / Pardo / Indígena	0,519	0,328	0,746	0,482
Lésbica	0,491	0,302	0,753	0,418
Gay	0,473	0,261	0,754	0,403
Bissexual	0,509	0,336	0,750	0,441

Fonte: Diagnóstico LGBTQ+ na Pandemia.

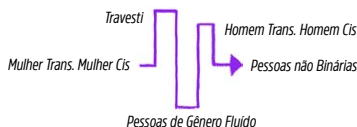
¹⁵ <https://medium.com/@box1824/diagn%C3%B3stico-lgbt-na-pandemia-b71c41ca58c6>

Abordar como a população LGBTI+ é afetada pela pandemia e como o SUAS pode responder a isso exige compreender quem são as pessoas que compõem essa comunidade. O gênero é definido como uma construção social que atribui papéis, performances e ações para as pessoas, com base nas configurações corporais (cromossomos, genitália). Ao criar uma expectativa social sobre o comportamento das pessoas a partir dessas definições, o gênero se constrói em uma dicotomia entre homens e mulheres, mas também compreende pessoas que não se identificam com essa dicotomia. De forma ampliada, o gênero consiste em identidades e performances, ou seja, formas de ser e estar no mundo (JESUS, 2012; REIS, 2018). A Figura 5 apresenta informações adicionais a respeito dessa temática.

Figura 5: Principais conceitos para compreender a população LGBTI+

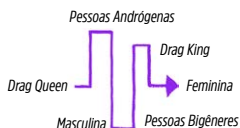
IDENTIDADE DE GÊNERO

Compreende como cada pessoa se reconhece no mundo. Dividida em cisgêneridade, quem se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento; e transgêneridade, pessoas que transicionaram de gênero ao longo da vida, e não se identificam com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento (JESUS, 2012).



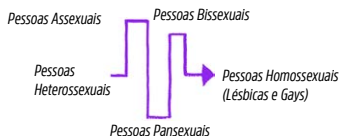
EXPRESSÃO DE GÊNERO

É a maneira pela qual a pessoa expressa seu gênero publicamente, a partir do que é estabelecido culturalmente como feminino, masculino e de outros gêneros (MENESES ET AL., 2020).



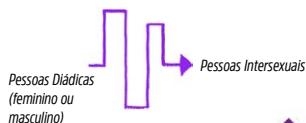
ORIENTAÇÃO SEXUAL

Refere-se ao desejo e como este é orientado para diferentes pessoas (JESUS, 2012).



SEXO BIOLÓGICO

Refere-se à classificação biológica de sujeitos em macho ou fêmea, a partir de características orgânicas tais como cromossomos, hormônios, órgãos reprodutivos e genitais (MENESES et. al., 2020).



A população LGBTI+ historicamente é violentada, devido ao estabelecimento social de normas de gênero e sexualidade. Essas normas tentam suprimir as diversidades sexuais e de gênero existentes no mundo. O preconceito com pessoas identificadas nesses diferentes coletivos pode ser entendido como LGBTfobia (descrito como uma violência simbólica, material, física e emocional contra a orientação sexual lésbica, gay, bissexual e pansexual) e a transfobia (forma de violência sofrida pelas pessoas trans devido a sua identidade de gênero) (JESUS, 2012).

As violências contra pessoas LGBTI+ ocorrem principalmente nas famílias. Assim, grande parte dessa população constrói redes de proteção fora de casa. Com a quarentena, essas pessoas podem precisar conviver mais frequentemente com um grupo que nem sempre lhes aceita. Nesse sentido, entendendo os riscos dessa população, cabe aqui a atuação de toda a rede socioassistencial na prevenção das violações de direitos¹⁶.

Muitas ações podem ser pensadas no âmbito da PNAS, principalmente enfatizando a articulação intersetorial. Pensar a população LGBTI+ no Brasil é considerar um atravessamento das desigualdades de classe, raça e gênero. São as mulheres trans e travestis que continuam particularmente expostas aos riscos de contaminação pelo novo coronavírus no ambiente de trabalho autônomo. Historicamente, a população trans vivencia a transfobia desde a escola, levando a um afastamento desse espaço em decorrência de violência tanto do corpo docente quanto dos colegas. Esse cenário coloca diante da vida das mulheres trans e travestis a prostituição como maior, e por vezes única, alternativa de empregabilidade (ALMEIDA; VASCONCELLOS, 2018; SOFAL et. al., 2019).

¹⁶ Informações adicionais sobre essa temática podem ser encontradas na cartilha “Violência Doméstica e Familiar na COVID-19”, da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19, da FIOCRUZ. Link para acesso: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-COVID-19-viol%c3%aancia-dom%c3%a9stica-e-familiar-na-COVID-19.pdf>

Como cuidar dessa população em uma pandemia, quando a pobreza com a qual essa população vive, a obriga a buscar renda em um serviço autônomo, como muitos trabalhadores e muitas trabalhadoras domésticas deste país? É preciso executar ações que alcancem essa população que está nas ruas. O movimento social LGBTI+ tem cumprido esse papel na pandemia. Um exemplo é o coletivo “Tulipas do Cerrado”, com atuação no Distrito Federal, que entregava semanalmente máscaras e alimentos para mulheres trans trabalhadoras sexuais que vivem em situação de rua. Outro exemplo importante foi o lançamento da Cartilha “[Dicas para TRAVESTIS e MULHERES TRANS profissionais do sexo em tempos de COVID-19](#)” da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA)¹⁷. Destaca-se também o Manual lançado pela Coordenação Municipal de Saúde LGBTI+ e Negra de Jaboatão dos Guararapes (Pernambuco), em parceria com a Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Saúde da Família, intitulado “*Manual de Orientações sobre o Auxílio Emergencial para a população LGBTI+*”.

Além dessas iniciativas, o governo federal lançou um aplicativo intitulado “*Direitos Humanos BR*”, para denunciar as violações de direitos humanos. Essa plataforma digital atende demandas do Disque 100 e do Ligue 180 para receber denúncias e informações acerca dos direitos humanos no Brasil. O aplicativo permite o anexo de fotos e arquivos que comprovem a violência. O denunciante precisa se cadastrar via app, diferentemente da denúncia telefônica, que pode ser feita de forma anônima.

Associadas às ações espontâneas de solidariedade, é fundamental investir em formação de redes comunitárias, visando o fortalecimento de redes no território acompanhado pelas diferentes políticas públicas. A pobreza é racializada no Brasil. A população pobre no Brasil é predominantemente negra, dentre os quais estão homens gays, mulheres lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, pessoas vivendo

¹⁷ <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/03/dicas-profissionais-do-sexo-antra.pdf>

com HIV/AIDS, pessoas com deficiência, idosos, etc. Compreender a relação entre raça, classe, gênero e sexualidade deve ser o primeiro passo para buscar políticas de proteção social para essas populações.

No Distrito Federal, a Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), responsável por coordenar o SUAS, possui um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) articulado com movimentos sociais LGBTI+. O CREAS Diversidade tem como objetivo atuar em questões relativas à diversidade sexual e de gênero, questões étnico-raciais, de intolerância religiosa, com a população indígena, população em situação de rua, catadores de materiais recicláveis, entre outros. Durante a pandemia, o CREAS Diversidade tem realizado teleatendimentos com a equipe de referência do serviço. Porém, antes da pandemia também estavam disponíveis os serviços de grupos para famílias LGBTI+, em parceria com o Movimento Social *“Mães pela Diversidade”*; retificação do nome para pessoas Trans, em parceria com a Defensoria Pública para isenção de taxas de cartório; acompanhamento de adolescentes que estão em medida socioeducativa e em situação de abrigo institucional; fornecimento de benefícios eventuais para jovens expulsos de casa devido à orientação sexual ou identidade de gênero; fornecimento do Cadastro Único (CadÚnico) para famílias LGBTI+; e, acompanhamento de famílias pelo Programa Bolsa Família, por meio de escolas, especialmente de crianças e adolescentes LGBTI+ (SEDES, 2020).

Além disso, o CREAS Diversidade realiza o acompanhamento de idosos LGBTI+. A solidão já foi associada com todas as causas de morte na população geral, em metanálises¹⁸. Na velhice, a falta de rede de suporte socioafetivo, que atinge a população LGBTI+, agrava questões de saúde mental. Para as pessoas trans, muitas vezes no leito de morte, a família tenta apagar a identidade de gênero colocando roupas ou usando o nome de registro. Assim, o CREAS Diversidade também desenvolve

¹⁸ “Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis (RICO-URIBE ET AL., 2018): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5754055/>

ações para garantia de direitos à população LGBTI+, mesmo após a morte (SEDES, 2020). O trabalho desenvolvido pelo CREAS Diversidade é um serviço territorializado, com base em uma especificidade do território cultural, mas as ações desenvolvidas por ele podem e devem ser desenvolvidas por todos os CREAS.

Há que se avaliar ainda a situação da população LGBTI+ encarcerada, geralmente negra, sem vínculos familiares, muitas vezes soropositiva e sem acesso à saúde de forma digna, no cumprimento de penas em regime fechado, muitas vezes exposta à LGBTfobia, em unidades nas quais não há alas ou celas específicas a essa população. Uma interface entre o trabalho do SUAS e dos representantes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) pode ser de forte relevância, no sentido de garantir acesso à testagem, ao acompanhamento de carga viral e, principalmente, ao acesso continuado à medicação antirretroviral, além do acompanhamento psicossocial adequado para o enfrentamento de tais vulnerabilidades.

POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a reconhecer a existência de grupos populacionais nacionais em especial condição de sobrevivência e subsistência, posteriormente identificados como povos e comunidades tradicionais. A população indígena brasileira obteve alguns níveis de proteção constitucionalmente assegurados, possibilitando assim a definição de seus territórios e preservação de sua identidade. No mesmo momento histórico desse reconhecimento, identificou-se a existência de outros grupos nacionais que, assim como a população indígena, são profundamente dependentes da relação com o ambiente para sua reprodução, material e imaterial. A definição institucional desses povos e comunidades tradicionais, em âmbito federal, está contida no [Decreto nº 6.040/2007, da Presidência](#)

da República, que institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais¹⁹.

Povos e comunidades tradicionais são aqueles que assim se autodeclararam, segundo critérios estabelecidos pela Convenção nº 169, da OIT, e pelo Decreto nº 6.040/2007, da Presidência da República, dentre os quais se incluem: povos indígenas, comunidades quilombolas, povos e comunidades de terreiro, povos e comunidades de matriz africana, povos ciganos, pescadores artesanais, extrativistas, extrativistas costeiros e marinhos, caiçaras, faxinalenses, benzedeiros, ilhéus, raizeiros, geraizeiros, caatingueiros, vazanteiros, veredeiros, apanhadores de flores sempre vivas, pantaneiros, morroquianos, povo pomerano, catadores de mangaba, quebradeiras de coco babaçu, retireiros do Araguaia, comunidades de fundos e fechados de pasto, ribeirinhos, cipozeiros, andirobeiros, caboclos, entre outros.

Desse modo, povos indígenas e comunidades tradicionais são assim referenciados, conjuntamente, pois guardadas as especificidades de cada, ambos definem seus territórios como fator determinante de suas existências. Presentes em todos os biomas brasileiros, cidadãs e cidadãos que habitam o ambiente rural no Brasil, povos para os quais sua territorialidade determina a forma de acesso a bens e serviços públicos, esse mesmo território que define e viabiliza a condição de existência, também é utilizado como justificativa para oferta desigual – e até mesmo inexistente, em determinados casos – de serviços públicos.

Essa é uma recorrência para todo o ambiente rural brasileiro, que ainda se constitui como um desafio para consolidação do SUAS e, também, do SUS. Esse fato promoveu a elaboração da Portaria nº 2.866/2011, do Ministério da Saúde²⁰, que institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, em um esforço para viabilização da atenção à saúde e às especificidades desses

¹⁹ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm

²⁰ https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html

povos, na sua interação direta com seus ambientes de sobrevivência e sua territorialidade. Significa dizer efetivamente que, além do campo, o ambiente rural compreende as florestas, as águas e os seus povos. Dada a amplitude e as particularidades desses povos em seus contextos, torna-se complexa a elaboração de padrões normativos e orientações técnicas e éticas de atenção à saúde e proteção social.

A emergência causada pela COVID-19 expôs ainda mais essa limitação de alcance. Há uma escassez de informações, orientações e auxílios, agravando a situação dessas populações e deixando profissionais que atuam nesses contextos em margem de insegurança interventiva crítica. Ocorre que a fonte de saber sobre as intervenções em comunidades são elas mesmas, nas suas memórias sociais e coletivas de superação de condições adversas e riscos inerentes aos territórios habitados, na convivência cíclica e na capacidade de adaptação primorosa que possuem. Assim, as intervenções comunitárias juntos a povos e comunidades tradicionais precisam considerar dimensões operacionais e estratégias construídas com a comunidade, utilizando os seguintes recursos:

- Mapeamento social com identificação de lideranças em multinível (território, organização comunitária, gênero, juventude);
- Mobilização;
- Busca ativa dos casos/das situações de desproteções sociais;
- Segurança alimentar e nutricional;
- Comunicação segura e interativa, em linguagem adequada e com tradução ou relatoria gráfica (utilizando desenhos, imagens, painéis explicativos, colagem, dentre outros recursos);
- Mapeamento territorial;
- Assessoria para organização documental;
- Assessoria direta para lideranças comunitárias.

É importante que os profissionais respeitem a organização comunitária e/ou a constituição de lideranças nas comunidades. Mesmo com possibilidade ampla de intervenção, as equipes não podem desconsiderar o conceito de comunidade, pois correm o risco de causarem tensões e aprofundarem conflitos. A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta destaca a importância da participação dos atores na elaboração de estratégias, ao referir a importância de “promover planejamentos participativos capazes de identificar as demandas de saúde das populações do campo, da floresta e das águas e definir metas, estratégias e ações específicas para sua atenção”.

Portanto, tem-se o desafio da utilização de ferramentas participativas, não somente para definir metas, mas para produzir respostas coletivas comunitárias às situações de risco. Experiências bem sucedidas revelam que, ações dotadas de sentido coletivo e, por respeitar as especificidades, tornam-se mais efetivas. A Resolução [CONANDA nº181/2016](#)²¹, que dispõe sobre parâmetros para atendimento da criança e do adolescente de povos e comunidades tradicionais, importa aos serviços da proteção social do SUAS, especialmente, aos serviços da PSB, como PAIF e SCFV, pois trata-se de medida de aprimoramento para o sistema, a partir da consideração de princípios orientadores para atuação junto aos povos tradicionais.

Na presente cartilha, buscou-se apresentar um panorama geral dos contextos e das referências básicas para aproximação, participação e intervenções junto a povos e comunidades tradicionais. Não há fórmulas mágicas, sendo essencial admitir que o fazer técnico está em constante construção quando tratamos de especificidades dessa envergadura. Mas a leitura dos documentos citados, a observação dos recursos sugeridos, aliados à aproximação respeitosa, à produção do espaço de participação e à interação técnica, são caminhos importantes aos profissionais inseridos no SUAS, SUS e Sistema de Garantia de Direitos.

²¹ http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24796217

Deve-se lembrar também da [Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional](#), bem como da importância da inclusão produtiva desses povos, ambos aspectos que alicerçam a mitigação e a superação de riscos. Sob esse aspecto, a intersecção e a articulação das políticas públicas é imprescindível, tornando-se espaço de atuação técnica privilegiada que, se conduzida com foco nas especificidades das comunidades, produzirá um rico repertório de orientações e intervenções. Outra possibilidade profícua se pauta na busca por elaboração de projetos. O fortalecimento da organização de base comunitária e seu amadurecimento depende do desenvolvimento da capacidade de gestão e das interações com espaços normativos, a exemplo das associações comunitárias que são representadas em grupos articulados nacionalmente, tais como Conselho Nacional das Populações Extrativistas, Movimento Nacional das Quebradeiras de Coco, Articulação dos Povos Indígenas do Brasil, Confederação Nacional dos Povos Extrativistas Marinhos, Quilombolas, Caiçaras, Povo Ron (ciganos), todos representados na Articulação Nacional das Populações Tradicionais. Esses são apenas alguns exemplos, considerando que no Brasil há uma ampla gama de comunidades organizadas. Portanto, compreender os eixos de organização comunitária é fundamental para qualquer abordagem técnica junto a povos e comunidades tradicionais.

O desafio em curso não é simples. Em momentos de risco, é natural o isolamento para proteção (ação essa comum nas comunidades). Mesmo antes da pandemia, o isolamento se caracterizou como uma estratégia frequentemente utilizada nas comunidades, o que coloca os profissionais diante do pós-isolamento como o próximo grande desafio para a sua prática. Os saberes e o saber fazer estão em construção. As equipes técnicas precisam se manter abertas ao não normatizado, ao alargamento das possibilidades de intervenção e à proximidade com essas populações, em atitude proativa e autodeterminada.

AÇÕES POSSÍVEIS NO ÂMBITO DO SUAS PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA E SEUS IMPACTOS SOBRE POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

As ações elencadas a seguir são alguns exemplos do que pode ser feito no âmbito da assistência social, como política pública integrada à saúde mental e à atenção psicossocial. Cabe aos serviços da rede socioassistencial a avaliação quanto à adequação dessas ações à realidade local e territorial, considerando especificidades das populações, dos territórios urbanos e rurais, orientações e recomendações dispostas nas normativas relacionadas ao SUAS, bem como orientações sanitárias emitidas pelos órgãos de saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) e pela OMS. Há de se considerar, ainda, outras legislações e documentos orientativos produzidos por movimentos sociais, conselhos de direitos e de políticas públicas, além de instituições relacionadas à atuação do SUAS no contexto da pandemia (ex.: Frente Nacional em Defesa do SUAS e da Seguridade Social).

Dentre as orientações que podem ser implementadas no SUAS, destacam-se os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), que consistem em uma abordagem de suporte emocional para pessoas que vivenciaram eventos agudos e emergências. Trata-se de um apoio direto de pessoa a pessoa, que pode ser aplicado por profissionais das políticas públicas ou por membros da comunidade que atuem como rede de suporte, conforme disposto no documento [“Primeiros Cuidados Psicológicos: Guia para Trabalhadores de Campo”](#)²², da OMS.

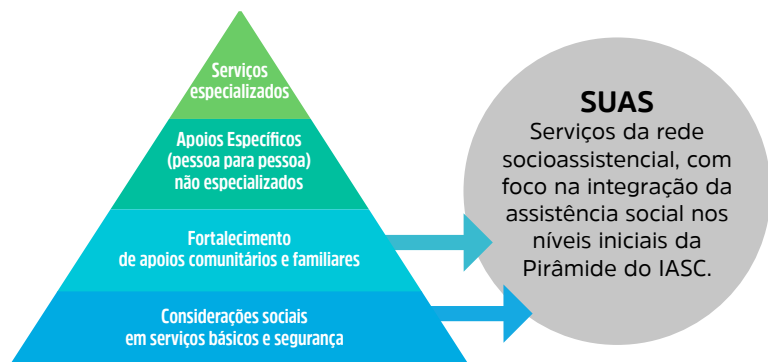
Os PCPs orientam um cuidado inicial para pessoas afetadas pela situação de crise. Nem todas as pessoas precisam receber PCP. Por conta disso, é importante não “forçar” o atendimento. Abaixo, são elencadas as principais características desse cuidados e, na sequência, apresentam-se recomendações personalizadas, com base nas orientações do IASC e dos PCPs, em nível comunitário para o SUAS:

- Oferecer apoio e cuidados práticos não invasivos;

- Avaliar necessidades e preocupações;
- Ajudar as pessoas a suprir suas necessidades básicas (ex.: alimentação, água e informação);
- Escutar as pessoas, sem pressioná-las a falar;
- Confortar as pessoas e ajudá-las a se sentirem calmas;
- Ajudar as pessoas na busca de informações, serviços e suportes sociais
- Proteger as pessoas de danos adicionais.

Em função da perspectiva de que as respostas em saúde mental e atenção psicossocial devem acontecer de forma integrada e articulada, por conta das diretrizes organizativas do SUAS, a seguir são elencados alguns exemplos de ações que podem ser desenvolvidas pelos serviços da rede socioassistencial. Enfatiza-se a integração da assistência social nos níveis iniciais (particularmente no que diz respeito a serviços básicos e segurança social, bem como apoio à comunidade e às famílias, considerando a pirâmide do IASC) para enfrentamento da pandemia e de seus impactos nas populações em situação de vulnerabilidade e/ou riscos sociais.

²² https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=prevencao-e-cont-doencas-e-desenv-sustentavel-071&alias=1517-primeiros-cuidados-psicologicos-um-guia-para-trabalhadores-campo-7&Itemid=965

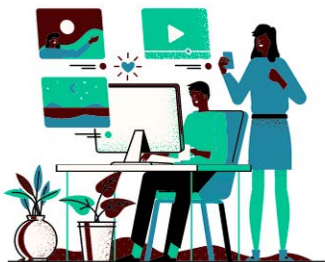


ARTICULAÇÕES JUNTO A:

- Políticas públicas, conselhos de direitos e de políticas públicas, movimentos sociais de luta pelos direitos das pessoas com deficiência, para que as informações veiculadas por diferentes instituições e serviços estejam com condições de acessibilidade para as pessoas com deficiência (físicas, intelectuais e sensoriais);
- Vigilância socioassistencial para subsídio e norteamiento do Plano de Contingências para COVID-19, bem como ter representação efetiva no Comando de Operações Emergenciais para COVID-19;
- Pessoas com deficiência, para criação de materiais com linguagem simplificada para acessibilidade das pessoas com deficiências intelectuais e demais materiais com critérios de acessibilidade comunicacional (por exemplo: intérprete de libras), em mídias sociais, televisivas, eletrônicas ou impressas com tecnologia assistiva;
- O SUS, às políticas públicas e atores locais, para planejamento de ações direcionadas a povos e comunidades tradicionais, garantindo o acesso às provisões socioassistenciais necessárias a sua proteção e o acesso

às informações necessárias sobre a pandemia e recomendações para a prevenção da transmissibilidade;

- Escolas, conselho tutelar, juizado da infância, delegacias especializadas, Ministério Público, Defensoria Pública, serviços de saúde e órgãos vinculados à defesa dos direitos humanos, para realização de um mapeamento comunitário de jovens e crianças que possam vivenciar situações de violência em casa.



MAPEAMENTO:

- Das populações mais vulneráveis e seus respectivos territórios, a partir de informações e indicadores da vigilância socioassistencial, das bases do Cadastro Único, dos benefícios e programas sociais: Benefício de Prestação Continuada (BPC), Programa Bolsa Família, dentre outras fontes;



- De movimentos sociais que atuam com a população LGBTI+, população negra, pessoas com deficiência, povos e comunidades tradicionais, dentre outros grupos vulneráveis, como possibilidade de ação conjunta no território na busca por formação de redes de solidariedade.

ELABORAÇÃO | CRIAÇÃO | DESENVOLVIMENTO | ORGANIZAÇÃO:

- De comitê de crise compartilhado, no âmbito do SUAS, com a participação dos diversos atores que integram, para planejamento, monitoramento e avaliação das ações do SUAS e dos cenários e seus impactos, gestão e tomada de decisões, no que se refere à atuação da política de assistência social (GOMES; TORRES, 2020);
- De recomendações de biossegurança para os diferentes serviços para proteção aos trabalhadoras (es) e usuários (as) e garantir acesso às populações vulneráveis;
- De plano de mídia voltado para populações vulneráveis, articulado a demais órgãos governamentais e não-governamentais envolvidos na resposta à COVID-19 presentes no território atendido;
- De cartilhas, cards, informes com orientações atualizadas sobre a COVID-19, informações sobre funcionamento dos serviços das políticas públicas (dentre outros essenciais), acesso a benefícios, horários e telefones de contato para populações vulneráveis;
- De rede entre as famílias de pessoas LGBTI+, entre famílias de pessoas com deficiência, povos e comunidades tradicionais e também para pessoas negras com o objetivo de compartilhamento de vivências;
- De materiais informativos e de divulgação, em formatos acessíveis, com orientações específicas para pessoas com deficiência, em relação a cuidados para prevenção ao contágio pelo novo coronavírus e outras informações relevantes (ex.: higienização de equipamentos de tecnologia assistiva, como cadeiras de rodas, cadeiras de banho, bengalas, etc.);



- De ações voltadas para famílias com membros em situação de privação de liberdade, tendo em vista a incomunicabilidade de tais pessoas, a partir da proibição de visitas dos familiares;
- De ações coordenadas com as equipes de atendimento à população de rua, com foco na formação de profissionais para orientação sobre a COVID-19.

ARTICULAÇÕES JUNTO A:

- Comunidades, rede intersetorial de políticas públicas do território, parceiros, para combater rumores e estimular informação que aumente a biossegurança e proteção de pessoas e comunidades, como: horários fixos em rádios comunitárias, peças de *cards* para grupos de *WhatsApp* com *layout* institucional, realização de campanhas, criação de comitês de bairros para monitoramento de casos, repasse de informações, formação de redes solidárias, mapeamento das redes de apoio psicossocial (dos serviços públicos e demais iniciativas de solidariedade e apoio comunitário) que podem ser acessados pela população, considerando as especificidades dos territórios urbanos e rurais;
- Redes intersetoriais de proteção às pessoas em situação de violência para discutir casos e articular cuidados às populações vulneráveis;
- Lideranças comunitárias e lideranças religiosas dos territórios, incentivando-os a compartilharem informações oficiais sobre COVID-19 e orientar sobre a elaboração de rituais de luto considerando biossegurança;
- Comunidades (lideranças comunitárias, movimentos sociais), para que possam participar ativamente dos processos de construção de estratégias de comunicação de risco (com

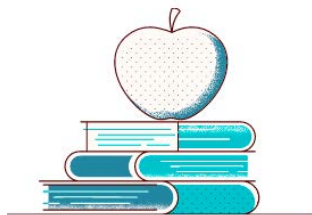


mobilização comunitária para prevenção à infecção pelo novo coronavírus) e do planejamento da oferta de serviços e benefícios socioassistenciais, fortalecendo recursos comunitários e individuais de autocuidado e proteção contra a propagação da COVID-19.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO:

- Dispor de canais remotos de atendimento (ex.: linhas telefônicas ou aplicativos de mensagens, como *WhatsApp*), com a devida divulgação para as populações em foco;
- Dispor de informações sobre serviços de atendimento a violações de direitos, com ampla divulgação de canais para denúncia;
- Dispor de informações em diferentes meios de comunicação acessíveis, de forma a alcançarem as pessoas com deficiência, as pessoas não alfabetizadas (através de linhas telefônicas, *WhatsApp*, publicação em redes sociais dos veículos de comunicação oficiais do município, publicação nas redes sociais dos serviços, divulgação em carro som, *outdoors*, cartazes, vídeos, *spots* de rádio etc.), sobre o funcionamento das unidades e serviços socioassistenciais (horários de atendimento e contatos para informações e agendamentos) e como acessar benefícios socioassistenciais, dentre outras;
- Compartilhamento de informações com os usuários sobre a pandemia, o cuidado, a prevenção da transmissão e os riscos envolvidos.

ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO:



- Das famílias e indivíduos dos grupos populacionais vulnerabilizados, nas modalidades presencial e visitas domiciliares, quando as situações forem analisadas pelos profissionais como necessárias e emergenciais, e/ou via teleatendimento, dentre outras estratégias definidas pela equipe;
- De famílias e indivíduos em quarentena, isolamento e/ou em vivência de luto;
- Garantir visitas virtuais ou presenciais, atendendo critérios de biossegurança para populações vulneráveis em acolhimentos institucionais, conforme as orientações das normativas relacionadas ao tema.

IMPLANTAR | IMPLEMENTAR | REORGANIZAR:



- Equipes de plantão durante a noite e fins de semana para acompanhamento dos casos de óbitos, funerais (in)seguros e crianças desacompanhadas após internação ou morte por COVID-19 nas famílias das populações vulneráveis;
- Acolhimentos institucionais, ou ainda adaptá-los a pessoas em vulnerabilidade, considerando casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 que estejam em situação de rua, dentre outras, conforme recomendações de normativas relacionadas ao tema;
- Serviços de acolhimento institucional de acordo com as demandas decorrentes da pandemia, em atenção e conformidade às

recomendações dos órgãos competentes.

CAPACITAÇÃO/TREINAMENTO:

- Em Primeiros Cuidados Psicológicos para equipes da rede socioassistencial (podendo ser realizada para toda a rede de políticas públicas e para lideranças comunitárias, conforme articulações e parcerias possíveis), e apoiar situações/eventos de maior estresse nos serviços;
- Em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS) na pandemia, para equipes do SUAS, podendo ser estendida a toda a rede de políticas públicas, conforme articulações e parcerias possíveis;
- Sobre medidas de biossegurança, para as equipes da rede socioassistencial, a serem adotadas nos seus locais e atividades de trabalho, considerando os cuidados para a prevenção ao contágio pelo novo coronavírus e a ambiência de seus espaços de trabalho, e garantir equipamentos de proteção individual (EPIs) e equipamentos de proteção coletiva (EPCs), a partir de análise de risco de contaminação nos diferentes serviços. Tais capacitações/treinamentos poderão ser realizados através de articulações/parcerias com a gestão do SUS e com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMT) ou órgão correlato no município.

A tomada de decisões de forma rápida e efetiva é um dos desafios que se acentuou com a pandemia. Tal situação, somada a um conjunto de outros fatores, tais como o impedimento para realização de reuniões e atividades presenciais, as dificuldades de acesso e utilização de recursos das tecnologias de informação e comunicação (TICs), a diminuição no número de profissionais atuando nos serviços, o enfraquecimento ou o esvaziamento de espaços e mecanismos de controle social do SUAS, o histórico de processos de gestão local pouco participativos e compartilhados, dentre muitos outros, podem ser utilizados como

justificativa para legitimar processos pouco transparentes de divulgação de informações, de participação de trabalhadores e usuários em processos de decisão e de enfraquecimento de mecanismos e espaços de controle social da política de assistência social.

Portanto, ressalta-se que a participação e o controle social são imprescindíveis para a efetividade e o alcance da resposta, bem como para a promoção de saúde mental e atenção psicossocial, sendo recomendável que comunidades e populações estejam ativamente envolvidas no processo de construção e reorganização das ofertas socioassistenciais e das demais políticas públicas. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de ampliação, organização e disponibilização de novos mecanismos, estratégias, canais e espaços de diálogo e escuta, de forma acessível e sistemática com a população, com a participação do Conselho Municipal de Assistência Social, dos demais conselhos de direitos e de políticas públicas, organizações locais de trabalhadores e usuários do SUAS (ex.: fóruns municipais de trabalhadores e usuários do SUAS), para divulgação de informações, comunicação, prestação de contas, avaliação e planejamento compartilhados da atuação da política de assistência social (GOMES; TORRES, 2020).

Salienta-se a necessidade de os profissionais do SUAS estarem atentos às medidas necessárias para combater a COVID-19 (a depender do curso da pandemia no país, nos estados e nos municípios), aliadas às discriminações historicamente reproduzidas de forma estrutural e institucional (com frequência). É preciso atentar-se à desassistência por parte do Estado no que se refere a políticas públicas em muitos contextos e territórios, bem como ao agravamento das situações de pobreza, para que tais medidas não sejam utilizadas como justificativas e autorizações para práticas violadoras de direitos, como exposição vexatória, maus tratos, criminalização das famílias, violência entre as pessoas, racismo, homofobia, transfobia, LGBTfobia, capacitismo, destituição do poder familiar decorrente de leituras equivocadas e

baseadas na criminalização da pobreza, eugenia e higienismo, entre outras situações.

Assim, profissionais do SUAS precisam considerar essas questões e situações, atuando de forma a combater e a denunciar tais práticas, contribuindo para que sejam adotadas medidas de equidade e proteção específicas e especializadas para públicos que estejam vivenciando situações de desigualdades. Certamente, isso contribui para a proteção à vida, bem como para a defesa e a garantia de direitos (GOMES; TORRES, 2020).

Diante do reconhecimento dessas vulnerabilidades e do panorama exposto, é imprescindível que sejam organizados e planejados processos de educação permanente para e com os trabalhadores do SUAS, de modo a fomentar uma leitura crítica da realidade, que possibilite a compreensão dos processos de reprodução das intersecções e desigualdades sociais decorrentes, além da construção de estratégias de atuação alinhadas às diretrizes e aos objetivos do SUAS e à defesa intransigente e irrestrita dos direitos humanos e do Estado Democrático de Direito. Cabe ressaltar ainda, a importância do financiamento adequado para garantia de oferta de políticas públicas qualificadas, que consigam promover proteção social de forma equânime e integral para toda a população. Assegurar a cobertura e o aprimoramento dos serviços públicos demanda assegurar também o investimento e o financiamento continuados das políticas públicas.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Cecília Barreto de; VASCONCELLOS, Victor Augusto. Transexuais: transpondo barreiras no mercado de trabalho em São Paulo?. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 303-333, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6172201814>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ATIVISMO BRASÍLIA - ANISTIA INTERNACIONAL BRASIL. Live com Felipe Areda e Lucci Laporta sobre os impactos da pandemia na população LGBTQIA+ em 08 jul. 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/watch/?v=1449612868578700/>. Acesso: em 13 jul. 2020.

BATISTA, A. et. al. Nota Técnica 11: Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. **Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSU7mV40PnLRfMMY47JlXZgzkklvydO/view>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BHALA, N. et. al. Sharpening the global focus on ethnicity and race in the time of COVID-19. **The Lancet**, London, England, v. 395, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31102-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31102-8/fulltext) Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Nacional de Assistência Social. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. **Portaria nº 100, de 14 de julho de 2020**. Disponível em: http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-100-de-14-de-julho-de-2020-267031342?fbclid=IwAROMnJ-fGY2YQ2EdNWzcA9DDkIW9b_nTQjmKXjvyHJcwH3BENGc6-ZYVu0. Acesso em: 13 ago. 2020

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução Conjunta nº 1, de 21 de Setembro de 2018**. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/41965371/doi-10.12826/2018-09-24-resolucao-conjunta-n-1-de-21-de-setembro-de-2018-41965115. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social-PNAS/2004. Norma Operacional Básica-NOB/SUAS**. Brasília. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 11 jul. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Resolução do CNAS nº 269, de 13 de Dezembro de 2006**. Brasília. Disponível em: <http://www.assistenciasocial.al.gov.br/sala-de-imprensa/arquivos/NOB-RH.pdf> Acesso em: 14 ago. 2020.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 34, n. 3, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00101417>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188,

jan. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 13 ago. 2020.

DUARTE, M. J. O. Vidas Precárias e LGBTQIFobia no contexto da pandemia: a necropolítica das sexualidades dissidentes. **Associação de Professores de Ensino Superior de Juiz de Fora**: APESJF, Juiz de Fora, 2020. p. 1-13 Disponível em: https://www.apesjf.org.br/wp-content/uploads/LGBT_Convid_19_APES-1.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

FORDES, G. H. A.; FORDES, R. P. Impactos da COVID-19 na população negra capixaba: breve análise comparada à luz da categoria raça/cor. **Estudos Africanos Pesquisa e Extensão UFES e NEAB** – Núcleo de estudos afro-brasileiros da UFES. 2020. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/11478/1/ARTIGO_COVID-19_e_populacao_negra_capixaba.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

FORTUNATO, R.; LIMA, C.; PRIORI, L. COVID-19 no Brasil: a evolução da doença num cenário de desigualdades sociais. **Middle Atlantic Review of Latin American Studies**, [S.l.] v. 4, n. 1, 2020. p. 26-30. Disponível em: <http://doi.org/10.23870/marlas.310>. Acesso em: 19 jul. 2020.

GHORAYEB, D. B. **Homossexualidades na adolescência**: aspectos de saúde mental, qualidade de vida, religiosidade e identidade psicossocial. 2012. 147 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309446>. Acesso em: 13 ago. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO / SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Covid-19 na Periferia expõe a faceta da desigualdade, dizem especialistas. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/26/covid-19-na-periferia-expoe-a-faceta-dadesigualdade-dizem-especialistas.htm>. Acesso em: 16 maio. 2020.

GOMES, A. L.; TORRES, A. **SUAS na pandemia**: planejamento para assegurar proteção. Vira e Mexe Desenvolvimento de Equipes. [S.l.] abr. 2020. 26 p. Disponível em: https://maissuas.files.wordpress.com/2020/04/suas-na-pandemia_planejar-para-protger.pdf. Acesso em: 07 jul.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. v. 41. 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 13 ago. 2020.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE (IASC). **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de COVID-19**: versão 1.5, março de 2020. Disponível em: <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Portuguese%29.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. 2. ed. rev. atual.

Brasília, 2012. 42 p. Disponível em: <http://www.diversidadese sexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MEDEIROS, M; BARBOSA, M. **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

O SUAS e o enfrentamento da LGBTFobia - SEDES/DF. Publicado pelo canal SEDES-DF. Disponível em: <https://youtu.be/VTkaVbDCNA8>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PASSOS, R. G. "A carne mais barata no mercado é a carne negra": saúde da população negra em tempos de COVID-19 no Rio de Janeiro. In: MOREIRA, E. (Org.). **Em tempos de pandemia**: propostas para defesa da vida e de direitos sociais. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2020. p. 90-96. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/bitstream/11422/12346/1/EMoreira.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.

PEREIRA, L. L. **Políticas Sociais em tempos de pandemia**. Boletim SER: em tempos de COVID-19. Boletim Informativo n. 4. Universidade de Brasília, 2020. 30p. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1KT_qyhj2srM6UD1ptPucT3UjnMSaP8Pq/view. Acesso em: 13 ago. 2020.

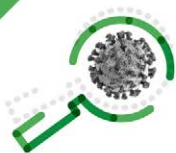
PIZZINATO, A. et. al. **Orientações a Trabalhadoras/es e Gestoras/es do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para Ações na Pandemia COVID-19**. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/343375877_Orientacoes_para_Trabalhadoras_e_Gestorasas_do_Sistema_Unico_de_Assistencia_social_SUAS_para_acoes_na_pandemia_COVID-19. Acesso em: 13 ago. 2020

REIS, T. **Manual de comunicação LGBTI+**. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/ GayLatino, 2018. 99 p. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso em 13 ago. 2020

SOFAL, A. M. S. et. al. Trajetórias de vida de travestis e transexuais de Belo Horizonte: Ser "T"1 e "Estar Prostituta". **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 21, n.2, p.375-396, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/28088>. Acesso em: 13 ago. 2020.

SOUZA, C. COVID-19 na periferia expõe a faceta da desigualdade, dizem médicos. **UOL**, São Paulo, 26 abr. 2020. Saúde. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/04/26/COVID-19-na-periferia-expoe-a-faceta-da-desigualdade-dizem-especialistas.htm>. Acesso em: 16 maio. 2020.

VOTE LGBT. **Diagnóstico LGBT + na Pandemia**: desafios da comunidade LGBT+ no contexto de isolamento social em enfrentamento à pandemia de Coronavírus. Disponível em: <https://www.votelgbt.org/pesquisas>. Acesso em: 13 ago. 2020.



ORIENTAÇÕES AOS (ÀS) TRABALHADORES(AS) E GESTORES(AS) DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS) PARA AÇÕES NA PANDEMIA COVID-19

Pesquisadores colaboradores CEPEDS - Fiocruz:

*Adolfo Pizzinato, Aline Cardoso Siqueira, Beatriz Schmidt,
Bernardo Dolabella Melo, Bianca Totene Viqueci, Carolyne César Lima,
Ellen Mariane Alves Coleraus, Ionara Vieira Moura Rabelo,
James Ferreira Moura Jr., Michele Souza e Souza,
Nicolly Papacidero Magrin, Rozana Maria da Fonseca,
Simone dos Santos Paludo e Suane Pastoriza Faraj*

A doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) é a emergência de saúde pública mais importante que desafia a comunidade internacional em décadas. O primeiro caso de infecção pelo Sars-CoV-2 foi notificado na China, em dezembro de 2019. Seis meses após, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a considerar a América do Sul e, especificamente, o Brasil, o epicentro da pandemia.

A COVID-19 traz preocupações quanto à saúde física, visto que é causada por um vírus de rápida disseminação e potencialmente fatal. Por conta disso, uma série de medidas vêm sendo adotadas para conter a escalada da doença, incluindo o distanciamento social, que implicou na restrição das interações face a face e na alteração do funcionamento de alguns dispositivos da rede de apoio de indivíduos e famílias (ex., escolas, serviços de saúde e de assistência social).

Nesse cenário, observa-se também o agravamento da crise econômica que já se encontrava em curso, uma vez que muitas pessoas têm perdido emprego e renda desde o início da pandemia. Em conjunto, esses fatores afetam a rotina e as interações familiares, bem como a saúde mental e o bem-estar dos membros da família.

Embora na vigência de pandemias o foco primário de atenção da sociedade comumente seja a saúde física e ênfase na prevenção da doença, não se pode subestimar ou negligenciar outras demandas, tais como as que envolvem a proteção social.

No Brasil, em particular, a COVID-19 tem se associado ao desencadeamento ou à intensificação de situações de violação de direitos e dificuldades de subsistência para indivíduos e famílias. Portanto, diante desse panorama, destaca-se a relevância da política de assistência social, que tem previsão legal na Constituição Federal e cujo acesso independe de contribuição prévia.

Dentre as funções da política de assistência social estão proteção social, vigilância socioassistencial e defesa de direitos, por meio da provisão

de serviços, programas, benefícios e projetos socioassistenciais que visam à garantia de inclusão a todas as pessoas que se encontram vulnerabilizadas (estrutural ou circunstancialmente), em situação de risco e/ou violação de direito na rede socioassistencial, a qual é organizada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

De acordo com a Portaria Federal nº 10.282/2020, a assistência social consiste em um serviço essencial durante a pandemia de COVID-19. Portanto, os equipamentos da assistência social devem seguir funcionando, sobretudo ao considerar o cenário de agravamento das situações de pobreza e extrema pobreza, bem como o aumento de casos de violações de direito e de violências durante essa grave crise sanitária. Nesse contexto, o objetivo da presente cartilha é abordar orientações gerais para a prática de trabalhadores/as e gestores/as do SUAS durante a pandemia de COVID-19, considerando os níveis de proteção social.

RECOMENDAÇÕES INICIAIS A TRABALHADORES/AS E GESTORES/AS DO SUAS

A organização da rede socioassistencial durante a pandemia necessita de tomada de decisões amparadas pela articulação entre as áreas de gestão do SUAS e os/as trabalhadores/as, com o comitê local de enfrentamento à COVID-19, ou congênere, e com as demais políticas sociais. Devem-se estabelecer ações que visem à proteção dos/as trabalhadores/as, bem como à garantia de condições laborais e de estrutura física à continuidade da oferta da proteção social em todos os seus níveis.

De acordo com a [Portaria nº 337/2020 do Ministério da Cidadania](#)¹, sobre medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública no SUAS decorrente do novo coronavírus, deve ser assegurada, no período da pandemia, a oferta dos serviços, programas e benefícios

¹ <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-337-de-24-de-marco-de-2020-249619485>

socioassistenciais àqueles(as) que necessitarem, a partir da prática de medidas e condições de segurança sanitária dos(as) usuários(as) e dos(as) profissionais do SUAS com:

- Disponibilização de materiais de higiene e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), recomendados pelo Ministério da Saúde;
- Afastamento dos(as) profissionais dos grupos de risco ou transferência destes(as) para trabalho remoto;
- Flexibilização das atividades presenciais dos(as) usuários(as), com vistas a reduzir a circulação de pessoas e evitar a aglomeração nos equipamentos.

A [Portaria nº 54/2020 do Ministério da Cidadania](#)², que apresenta a Nota Técnica nº 07/2020, também deve ser considerada por trabalhadores/as e gestores/as do SUAS, incluindo aspectos como: disponibilização de canais remotos de atendimento (ex.: linhas telefônicas ou aplicativos de mensagens, como *WhatsApp*); redirecionamento de atendimentos presenciais para a modalidade remota, de forma que a população não fique desprotegida; e, planejamento criterioso de visitas domiciliares, fazendo com que somente aquelas consideradas extremamente relevantes e urgentes venham a ocorrer nesse momento.

Ademais, é necessário que sejam observados os novos marcos normativos, administrativos e organizativos do SUAS durante a COVID-19, disponíveis no [Blog da Rede SUAS](#)³, bem como orientações e publicações emitidas por órgãos responsáveis pela política de assistência social, (nos âmbitos estaduais e municipais), as publicações da OMS, do Ministério da Saúde, das autoridades sanitárias locais e as demais regulamentações nacionais, estaduais, municipais ou distritais relacionadas ao tema.

² <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-54-de-1-de-abril-de-2020-250849730>

³ <http://blog.mds.gov.br/redesuas/>

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

O âmbito de atuação na Proteção Social Básica (PSB) surge em decorrência das mudanças políticas e sociais advindas da Constituição de 1988. A definição de um Estado social, democrático e de direito, gerou a construção de sistemas de serviços para a garantia de direitos reconhecidos. Ainda que o desenvolvimento normativo desses sistemas tenha sido muito lento, com a consolidação do SUAS, a rede de serviços básicos e especializados se organiza no Brasil. Deve-se assegurar sua efetividade e permanência no período da pandemia do novo coronavírus, pois os/as trabalhadores/as da assistência social são considerados/as profissionais da linha de frente, com foco na diminuição das iniquidades produzidas pela pandemia.

A PSB, como primeiro campo de atuação, tem seu foco na prevenção de situações que possam desencadear a ruptura de vínculos familiares e comunitários. A ação da PBS é voltada ao desenvolvimento de potencialidades individuais, familiares e comunitárias, bem como ao fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Seu público alvo é, prioritariamente, composto por pessoas vulnerabilizadas em decorrência da pobreza, da privação (de renda, de acesso a serviços públicos e às políticas sociais) e/ou de frágeis vínculos relacionais, afetivos e de pertencimento comunitário (discriminação sexual/de gênero, étnico-racial, por deficiência, por classe, idade, etc.).

Dessa maneira, a PSB tem atuação central durante a pandemia, pois medidas sanitárias de isolamento e distanciamento social podem agravar as situações de vulnerabilidade já reveladas pelos indicadores econômicos (diminuição ou perda de renda), pela redução da rede de apoio existente e pelas dificuldades advindas da convivência acentuada, incorrendo, muitas vezes, na violação de direitos com casos de violência intrafamiliar pela convivência prolongada. Além disso, os impactos econômicos da pandemia podem fomentar espaços de empobrecimento da população, por conta do aumento de desemprego e da dificuldade de acesso ao trabalho e à renda.

Os serviços de PSB têm caráter proativo, preventivo e protetivo, com porta de acesso prioritária através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), unidades chave para o funcionamento do SUAS. Os CRAS são unidades públicas municipais, integrantes do SUAS, localizados em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinados à atenção socioassistencial de PSB às famílias e aos indivíduos, bem como à articulação desses serviços no seu território de abrangência, com atuação intersetorial, na perspectiva de potencializar a proteção social.

Todo CRAS deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), ofertar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) na unidade, ou referenciar a oferta desse serviço em unidades externas. Outro serviço alocado na PSB é o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para idosos e pessoas com deficiência.

O trabalho social com famílias deve considerar os diferentes arranjos familiares, jamais reconhecendo apenas o modelo de família nuclear. Na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) há orientações para o trabalho com as famílias. Apontam-se as diretrizes de como: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir referências morais nos vínculos afetivos e sociais; fomentar a identidade grupal; e, como mediar as relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado.

O PAIF tem atuação de forma preventiva, protetiva e proativa (Brasil, 2012a):

- A atuação preventiva significa impedir que ocorram situações que interfiram no exercício dos direitos de cidadania, ou seja, com ações antecipadas baseadas no conhecimento do território e das famílias;
- A atuação protetiva significa intervenções que visem apoiar, amparar e defender o acesso das famílias e seus membros aos seus direitos, esforçando-se para garantir a promoção dos direitos das famílias;

- A atuação proativa significa promover ações imediatas diante das situações de risco social identificadas, mesmo sem ter sido demandado pelos/as usuários/as, focando no contínuo aperfeiçoamento da ação e na efetivação do acesso das famílias aos seus direitos.

Esses serviços devem ser organizados em rede e articulados às demais políticas públicas locais, buscando garantir a sustentabilidade das ações desenvolvidas e o protagonismo das famílias e dos indivíduos atendidos, de modo a alcançar a superação de condições de vulnerabilidade e a prevenir situações de risco potencial.

Da mesma forma, os serviços, benefícios e programas da PSB devem estar articulados às ações da Proteção Social Especial (PSE). Desta forma, são ações do PAIF: acolhida, oficinas com famílias, ações comunitárias, ações particularizadas e encaminhamentos.

Os serviços de PSB, como PAIF e SCFV, fundamentam sua oferta no desenvolvimento de ações coletivas e particularizadas. Portanto, é importante a adequação de algumas ações e a suspensão das atividades coletivas.

É necessário reorganizar, em caráter de exceção por conta da COVID-19, a realização dessas ações, conforme as novas normativas do Ministério da Cidadania:

- Organizar a oferta dos serviços, programas e benefícios socioassistenciais, preferencialmente, por agendamento remoto;
- Realizar atendimentos individualizados em casos extremamente necessários, em ambientes amplos, arejados e constantemente limpos, atentando para a garantia de sigilo e privacidade do atendimento e utilizando, por exemplo, a sala de uso coletivo. Ainda que se opte por realizá-los, é importante que sejam em locais abertos, como varandas, quintais, tendas, etc., evitando a aglomeração de pessoas em salas de espera ou recepção;

- Acompanhar de forma remota os/as usuários/as, por meio de ligação telefônica ou aplicativos de mensagens (ex.: *WhatsApp*), principalmente daqueles/as tidos/as como grupos de risco, como idosos/as, gestantes e lactantes, visando a assegurar sua proteção;
- Intensificar as atividades de disseminação de informação aos/às usuários/as acerca do cuidado e da prevenção da transmissão, conforme orientações do Ministério da Saúde;
- Intensificar a disseminação de informações à rede socioassistencial, aos/às profissionais e usuários/as do SUAS, acerca das estratégias e procedimentos que serão adotados para assegurar as ofertas essenciais;
- Suspender temporariamente eventos, encontros, cursos de formação, oficinas, entre outras atividades coletivas presenciais, dando preferência por eventos remotos. Caso não seja possível a suspensão parcial ou total das atividades coletivas no âmbito dos equipamentos socioassistenciais, recomenda-se seguir as normas sanitárias do município bem como orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). [Em junho de 2020, a OMS](#) orientou o uso de máscara não cirúrgica para população em áreas com transmissão comunitária. Adicionalmente, salienta-se a necessidade de manter a distância de, mínimo, 1 (um) metro entre os/as presentes e realizar as atividades em ambientes arejados, oferecer cotidianamente orientações sobre etiqueta respiratória e lavagem das mãos, evitar tocar no rosto e na máscara, bem como limpeza de materiais e superfícies com mais frequência.

A atuação na PSB foi desenvolvendo procedimentos e instrumentos para avaliar e intervir sobre processos sociais complexos e dinâmicos que abordem não apenas a pessoa e/ou o grupo, mas também as estruturas sociais, políticas e econômicas que implicam e dão sentidos às vidas das pessoas. Assim, essas novas possibilidades de atuação de forma remota devem continuar focando no reconhecimento integral do sujeito de direitos da política pública, assegurando o reconhecimento das suas potencialidades e evitando qualquer tipo de culpabilização. É um momento de inovar na construção e na consolidação dos vínculos, mantendo a compreensão da dimensão comunitária. Portanto, em

síntese, cabe nesse momento de especial risco de (re)vulnerabilização pelos impactos diretos e indiretos da pandemia causada pelo novo coronavírus, que os/as profissionais da área tenham muito presente:

- Análise das características psicossociais específicas dos territórios de ação em virtude dos impactos da COVID-19;
- Estratégias e técnicas mais viáveis de intervenção, tanto em âmbito individual, como grupal e comunitário, necessitando haver adaptação à comunicação e ao suporte remoto;
- Fortalecimento da articulação de redes comunitárias também a partir do contato remoto;
- Otimização de recursos virtuais e de contato interpessoal controlado, promovendo a vinculação afetiva entre profissional e usuário/a da política pública;
- Modelos teóricos da intervenção social com foco na consolidação da cidadania, no fortalecimento da criticidade e na garantia de direitos, sem perder a dimensão de risco emergencial.

Assim, no contexto da pandemia de COVID-19, pode-se ampliar o desenvolvimento das ações da PSB, sem perder suas diretrizes, objetivos e estrutura normativa, enfocando as seguintes estratégias:

Atenção Direta

Serviços para avaliação, orientação e/ou solução de problemas gerados e/ou incrementados na pandemia, tanto em âmbito pessoal como coletivo, identificando casos de violação de direitos e articulando a rede intersetorial para possíveis encaminhamentos. Ainda que possa ser adaptada às ferramentas virtuais e telefônicas, bem como focada na proteção e otimização de recursos, não se deveria perder o foco da promoção de habilidades, competências e recursos que permitam às pessoas enfrentar suas necessidades

com maior autonomia e possibilidades de êxito. Observa-se um aumento da violência contra a mulher nesse período, maus tratos de crianças, adolescentes e pessoas idosas no âmbito intrafamiliar. É necessário estar atento a esses casos, encaminhando de forma rápida para a PSE e construindo o fluxo de referência e contrarreferência.

Articulação com a Vigilância Socioassistencial e Mapeamento do Território

Deve-se monitorar as ações desenvolvidas no âmbito municipal, estadual e federal, como o auxílio emergencial. Além disso, pode-se mapear as ações do terceiro setor desenvolvidas no território de atuação dos CRAS. Com esse panorama de serviços e ações, tem-se um panorama de programas ou serviços, emergenciais ou não, compreendendo funcionamento, implantação/manutenção e opções alternativas. Constroem-se, assim, possibilidades de articulação de ações para superação de situações de desproteção social vividas por usuários/as no território, realizando intervenções indiretas com fim de otimização e multiplicação de recursos.

Articulação Comunitária

Tomando as medidas de biossegurança, o trabalho social com famílias deve ser mantido para além das possibilidades remotas, pois é necessário manter a articulação do CRAS com o tecido comunitário, focando na dinamização de seu potencial de recursos e podendo construir novas articulações de ações espontâneas presentes nas comunidades. Assim, tem-se a possibilidade de (re) construir uma rede social mais solidária na pandemia, mapeando as iniciativas de solidariedade e apoio comunitário organizadas por voluntários e/ou pessoas das próprias comunidades dos territórios, lideranças comunitárias, criando fluxos de apoio com

potencial de continuidade, como também a promoção de novos movimentos associativos. É imprescindível a articulação dos serviços da PSB, especialmente do CRAS (considerando a gestão do território), com as lideranças comunitárias dos territórios (sobretudo em comunidades de risco), para que se possa acessar, de forma atualizada e constante, as realidades dos territórios, e para que as comunidades possam participar ativamente nos processos de construção de estratégias de comunicação de risco e do planejamento da oferta dos serviços e benefícios socioassistenciais, descentralizando os processos de tomada de decisões, potencializando o protagonismo da população, os recursos disponíveis nas próprias comunidades e aumentando a efetividade das ações. Nos municípios onde houver Núcleos Comunitários de Proteção e Defesa Civil (NUPDEC), que geralmente são compostos por lideranças comunitárias, é fundamental que estejam envolvidos nessas articulações (Lopes, 2020).

Pesquisa

Esse período está sendo considerado único para toda a sociedade. É possível realizar levantamentos de dados do território com a prospecção de fatores estressores e recursos que impactam os/as usuários/as e a dinâmica comunitária, para um aperfeiçoamento constante da atuação da PSB. Assim, é possível a atualização com estudos e trabalhos de pesquisa que contribuam para o desenvolvimento de futuras ações diretas e de orientação durante a pandemia e depois dela. Para as localidades que contam com Universidades, recomenda-se articular essas ações com projetos de extensão ou de pesquisa.

Proteção Social Especial de Média Complexidade

A PSE de Média Complexidade dispõe de serviços, programas, benefícios e projetos socioassistenciais voltados ao atendimento de usuários e famílias que tiveram seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e/ou comunitários não foram rompidos. São situações como abandono, maus tratos físicos e/ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. As ações são desenvolvidas de forma mais especializada e individualizada. Ademais, pela própria condição da violação de direitos, possui estreita relação com o sistema de garantia de direitos, Poder Judiciário, Ministério Público, etc. Esses serviços são viabilizados pelos equipamentos da PSE, como Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Centro de Referência para o Atendimento à População em Situação de Rua (Centro Pop) e Centro de Referência para o Atendimento à Pessoa com Deficiência (Centro Dia).

Viver livre de violência é um direito básico. Contudo, essa não é uma realidade para muitas crianças, adolescentes, mulheres, pessoas com deficiência e idosos/as, que muitas vezes a vivenciam dentro do lugar que julgavam mais seguro: o próprio lar. O CREAS é um equipamento público e estatal da PSE de Média Complexidade, que oferta principalmente o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). Assim, é nesse espaço que as pessoas que vivenciam situações de violência (seja intrafamiliar ou não) ou que têm seus direitos ameaçados ou violados por ação ou omissão de pessoas e/ou instituições são acolhidas e acompanhadas.

Desde o início da pandemia de COVID-19, a orientação para o distanciamento social revelou para um público ainda maior os perigos que estavam encobertos há bastante tempo dentro de casa. Em março de 2020, o Brasil identificou um aumento de 14,9% nas notificações de violência doméstica no 180. Em abril de 2020, esse número continuou

subindo e chegou a um aumento de 35,9%, comparado ao mesmo mês de 2019 (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020). As notificações de violações de direitos da pessoa idosa atingiram 17 mil registros em maio de 2020. A subnotificação dos casos sempre foi uma realidade, mas nesse momento em que existe uma maior convivência domiciliar, o agressor passa a controlar muito mais a vida de toda a família e, com o isolamento social, as dificuldades de comunicação com as redes de proteção são ainda maiores.

Estar em casa pode até diminuir a chance de contaminação por COVID-19, mas também pode ser perigoso para aqueles que já vivenciavam situações de violência. É muito difícil interromper a violência estando só, especialmente quando o alvo dessas ocorrências são crianças e adolescentes. Uma queda de 19% nos casos relativos às suspeitas de violência sexual contra crianças e adolescentes notificados no Disque 100, quase dois meses após o fechamento das escolas e de outros serviços em função da COVID-19, evidencia o papel protetivo que esses dispositivos ocupam. Na ausência desses/as profissionais, os registros tendem a cair, aumentando ainda mais a vulnerabilidade para as situações de violência. É provável que durante a pandemia só venham a ser identificados aqueles casos de maior gravidade e que necessitem de algum tipo de atendimento de urgência. Assim, é importante que sejam planejadas ações de proteção e cuidado das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social e/ou risco social.

Considerando esse cenário, os CREAS precisam seguir funcionando, garantindo apoio, proteção e interrupção da vivência de violência. Como o CREAS conta com equipes do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS), cujo objetivo é a busca ativa, a identificação e o mapeamento das populações que utilizam o espaço público como moradia, obtenção de renda, sobrevivência e que vivenciam vulnerabilidade social e econômica, durante a pandemia essas ações passaram a ser prioritárias. As recomendações de atuação e intervenção

estão amplamente descritas na cartilha “Recomendações para os consultórios de rua e a rede de serviços que atuam junto a população em situação de rua”, da série *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19*, da FIOCRUZ⁴. Adicionalmente, sugere-se que sejam consultadas as orientações e recomendações constantes na Portaria nº 69/2020 do Ministério da Cidadania⁵.

No entanto, o trabalho dos/as profissionais do CREAS envolve um público muito mais amplo. Pessoas idosas e pessoas com deficiência que vivem situações de vulnerabilidade e risco social desde antes da pandemia são, eminentemente, um grupo que demanda consistentes cuidados por parte dos serviços da rede socioassistencial. A vulnerabilidade dos idosos tem repercutido bastante, sobretudo quando são discutidos aspectos da COVID-19. Porém, é preciso estar atento a outros riscos existentes. Em geral, as violações contra idosos também são cometidas por familiares, portanto, estar em casa nesse momento pode aumentar o risco para esse grupo.

A pandemia também intensifica os riscos para as pessoas com deficiência. Nesse sentido, as ações dos mais diversos setores são muito necessárias para a interrupção das violações e a garantia de proteção. Para os municípios que contam com o Serviço de PSE para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, esse serviço pode ser ofertado através desses centros. Por outro lado, para os municípios onde não há a implementação dos Centros Dia, esse serviço deve estar organizado junto aos demais da média complexidade. Como os serviços de atendimento dentro dos equipamentos estão suspensos, é preciso que sejam planejadas ações mais amplas.

Recentemente, o Governo Federal lançou um Plano de Contingência

⁴ <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-COVID-19-recomendação-para-os-consultórios-na-rua-e-a-rede-de-serviços-que-atuam-junto-com-a-população-em-situação-de-rua.pdf>

⁵ <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-69-de-14-de-maio-de-2020-257197675>

para Pessoas com Deficiência⁶, que busca garantir a proteção social, econômica e a saúde desse grupo durante a pandemia. Nesse documento é sugerido que o CREAS possa mapear o perfil e as necessidades das pessoas com deficiência que estavam sendo acompanhadas no equipamento. Outras recomendações para atuação durante o período da pandemia podem ser identificadas na [Nota Técnica nº 7/2020 do SUAS](#)⁷:

- “Suspender temporariamente os atendimentos no equipamento, considerando que parte dos usuários integra o grupo de risco, e, ainda, as recomendações do Ministério da Saúde quanto à importância do isolamento social e não aglomeração. Deve-se priorizar a avaliação quanto ao remanejamento destes trabalhadores para suporte a outros serviços, sobretudo os serviços de acolhimento;
- Considerar possibilidades de redirecionar os profissionais para a atuação com outros tipos de suporte que serão necessários nesse momento, por exemplo: a conscientização dos usuários e de suas famílias sobre grupos de riscos e medidas preventivas à transmissibilidade; suporte remoto da equipe às famílias e aos usuários do Centro Dia, para orientações e encaminhamentos que possam surgir, visando a atender necessidades identificadas e a apoiar o isolamento social e a proteção; e suporte ao isolamento social de pessoas do grupo de risco, especialmente aqueles que morem sozinhos, com atenção ao acesso à alimentação e a outros itens básicos de subsistência;
- Apoiar os CRAS em demandas de visitas domiciliares que sejam extremamente relevantes e urgentes para a proteção nesse momento, as quais deverão ser planejadas considerando medidas para a proteção aos usuários e trabalhadores/as (uso de máscaras, distanciamento de pelo menos 1 metro entre as pessoas, utilização de espaços mais

⁶ https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/julho/governo-federal-lanca-plano-para-diminuir-impacto-da-pandemia-na-vida-de-pessoas-com-deficiencia?fbclid=IwAR0Dxhqx-TWHqZmfpE98nfq-N1HP3q9RDhS8kcVRhSokycgo7b5ZoxVMx_Hk

⁷ <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-54-de-1-de-abril-de-2020-250849730>

arejados para conversar com a família, medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias locais, etc.)”.

Durante a pandemia é importante equalizar as propostas ao tamanho da equipe. Atividades feitas em escalas, por exemplo, podem aumentar a cooperação, motivar a prevenção da COVID-19 e o cuidado com a saúde de todos/as, inclusive dos/as próprios/as trabalhadores/as. Os/as profissionais que atuam nos CREAS deparam-se diariamente com situações bastante complexas, contudo, os desafios nesse momento são ainda maiores. O medo da COVID-19, a redução da equipe, a falta de EPI e, até mesmo, a falta de orientação sobre as possibilidades de atuação durante períodos de crise são alguns dos obstáculos apontados pelos/as profissionais da área da assistência social no país (Fundação Getúlio Vargas, 2020).

Nesse cenário, o planejamento é uma etapa muito importante para a organização do trabalho. É preciso que os/as profissionais do CREAS programem ações em curto, médio e longo prazo, identifiquem as principais estratégias para o seguimento dos casos que estavam em atendimento no equipamento, bem como elaborem novas ações e fluxos para os casos que os/as alcançarão durante a pandemia. Para tanto, algumas sugestões são apresentadas a seguir.

Sugestões para atuação junto a casos que estavam em atendimento:

- Elaborar uma lista territorializada de famílias, crianças/adolescentes, mulheres, idosos/as, pessoas com deficiência que estavam em atendimento no CREAS, a fim de estabelecer novos planos de ação junto à rede socioassistencial para o acompanhamento dos casos, orientações sobre prevenção e sintomas da COVID-19, bem como identificação de situações de vulnerabilidade social e econômica no enfrentamento da pandemia;
- Disponibilizar apoio e atendimento psicossocial remoto, quando

possível, para aqueles casos que já estavam sendo acompanhados no CREAS;

- Oferecer remotamente orientações por meio de linhas telefônicas, suporte *on-line* por meio de sites e aplicativos e, em casos emergenciais, até mesmo suporte presencial;
- Identificar junto às famílias que estavam em atendimento no CREAS possíveis situações de risco para novas ocorrências de violência e orientar ações junto aos/às usuários/as, para acionar órgãos de segurança pública, do sistema de garantias de direitos e de saúde;
- Realizar monitoramento de todas as ações implementadas para o acompanhamento das famílias que já estavam em atendimento no CREAS e efetuar ajustes, sempre que necessário;
- Articular com o CRAS para dar continuidade ao acompanhamento de famílias e usuários desligados do acompanhamento no CREAS pela superação da situação de violação de direitos, para fortalecer os vínculos familiares e para que a situação não reincida.

Sugestões para atuação junto a novos casos:

- Atuar junto à rede socioassistencial e construir planos estratégicos para identificação dos casos de violação suspeitos e encaminhamentos possíveis;
- Implementar ações intersetoriais para rápido atendimento a famílias com óbitos e internações por COVID-19, avaliando necessidades imediatas de crianças sem responsáveis legais, idosos e pessoas com deficiência, bem como familiares em vulnerabilidade social;
- Apoiar realização de funerais seguros, articular apoio de líderes comunitários e religiosos para rituais que favoreçam a elaboração do luto;
- Articular com a rede das demais políticas públicas e órgãos de defesa

de direitos estratégias de proteção social específicas para casos de violação suspeitos (criança/adolescente, mulher, idoso/a, pessoa com deficiência);

- Dispor de formas de comunicação rápidas e acessíveis junto à rede socioassistencial, às demais políticas públicas e aos órgãos de defesa;
- Incluir na construção e na divulgação dos planos representantes estratégicos/as da sociedade civil (agentes comunitários/as, lideranças de bairro, pessoas de referência na comunidade);
- Reforçar o papel do equipamento como referência para os casos de violação de direitos, especialmente para a sociedade civil;
- Divulgar amplamente os caminhos possíveis para a proteção das famílias e das pessoas que tiveram seus direitos violados;
- Engajar a comunidade na notificação das situações suspeitas de violação de direitos e na comunicação aos órgãos competentes para as ações, por meio de ligações para o Disque 100, 180, Conselho Tutelar local, dentre outros.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, a Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e de Liberdade Assistida (LA) também está inserida no campo da PSE de Média Complexidade e encontra no CREAS espaço para a socioeducação. Conforme decretos estaduais e municipais, está suspenso o cumprimento de medidas socioeducativas de PSC e de LA durante a pandemia. Dessa forma, podem ser priorizados os seguintes serviços:

- Elaborar uma lista territorializada dos/as adolescentes em cumprimento de medida que estavam sendo acompanhados/as pelo CREAS e seus/suas responsáveis, a fim de oferecer esclarecimentos sobre a suspensão provisória da medida socioeducativa, bem como

orientar sobre a prevenção e os sintomas da COVID-19, identificar situações de vulnerabilidade social e econômica no enfrentamento da pandemia, além de articular junto à rede socioassistencial alguma ação específica, caso identificada uma demanda;

- Realizar monitoramento e acompanhamento dos casos, a fim de manter o vínculo com o serviço de referência.

Considerando os desdobramentos da crise sanitária vivenciada e seus impactos nas situações de vulnerabilidade e risco social, especialmente no que diz respeito às perspectivas de agravamento das situações de violência doméstica e familiar já vivenciadas anteriormente à pandemia, bem como ao surgimento de novas situações⁸, é imprescindível que os serviços do SUAS, especialmente o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) e os de Alta Complexidade planejem, junto às redes intersetoriais de proteção, ações e estratégias intersetoriais de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial para prevenção e atendimento às situações de violência, voltadas a diferentes grupos (ex.: crianças/adolescentes, mulheres, idosos/as, pessoas com deficiência, comunidade LGBTQIA+). Em relação ao atendimento às situações de violência contra a mulher, recomenda-se consultar as recomendações e orientações da [Portaria nº 86/2020 do Ministério da Cidadania](#)⁹.

É muito importante que o CREAS continue a prestar serviços, mesmo que remotamente, por meio de linhas telefônicas, suporte *on-line* por meio de sites e aplicativos durante a pandemia, especialmente para aqueles/as que se encontram em situação de violência que, inclusive, pode estar agravada nesse momento. No entanto, é sabido que existe uma grande exclusão digital no Brasil. Muitos usuários do CREAS podem não

⁸ Esses aspectos foram amplamente abordados na cartilha “Violência Doméstica e Familiar na COVID-19”, da série Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19, da FIOCRUZ, que pode ser acessada no link a seguir: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-COVID-19-viol%C3%Aancia-dom%C3%A9stica-e-familiar-na-COVID-19.pdf>

⁹ <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-86-de-1-de-junho-de-2020-259638376>

ter fácil acesso à internet e, até mesmo, a telefones ou outros recursos remotos indicados para as atividades profissionais. Dessa forma, passa a ser mais essencial a ação local, planejada, articulada e intersetorial. A integração entre setores, serviços e sociedade civil pode salvar vidas.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

A PSE de Alta Complexidade inclui os serviços de acolhimento institucional, nas modalidades de abrigo institucional, casa-lar, casa de passagem, família acolhedora, residência inclusiva, serviço de acolhimento em república e serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências. Tais serviços são direcionados a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitário e visam a priorizar a preservação e o fortalecimento da convivência familiar e comunitária (Brasil, 2009), finalidade afetada com a imposição dos cuidados e do distanciamento advindos da pandemia de COVID-19. A pandemia de COVID-19 impactou todos os serviços integrantes da PSE de Alta Complexidade do SUAS, em particular os acolhimentos voltados a crianças e adolescentes, bem como a pessoas idosas, pela fragilização que pode caracterizar o estágio de vida em que se encontram. Na presente cartilha, serão enfatizadas sobretudo as particularidades referentes a crianças e adolescentes na PSE de Alta Complexidade. Aspectos atinentes aos cuidados e à proteção a pessoas idosas, população mais propensa ao agravamento da condição de saúde em função da COVID-19, podem ser encontrados na cartilha “Recomendações aos Trabalhadores e Cuidadores de Idosos”, da série *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19*, da FIOCRUZ¹⁰, na *Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 05/2020*¹¹, bem como nas Portarias nº [65/2020](#)¹² e nº [337/2020](#)¹³, do Ministério da Cidadania.

¹⁰ https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha_idoso.pdf

¹¹ <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-no-vo-coronavirus-sars-cov-2-ilpi>

¹² <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-65-de-6-de-maio-de-2020-255614645>

¹³ <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-337-de-24-de-marco-de-2020-249619485>

Ainda que a pandemia tenha alterado expressivamente a vida dos jovens em acolhimento, as suas necessidades permanecem as mesmas, assim como os objetivos dos serviços da PSE de Alta Complexidade. Diante do atual cenário, os/as profissionais atuantes nas diferentes modalidades de acolhimento de crianças e adolescentes afastados/as de suas famílias não devem medir esforços em prol da proteção integral dos sujeitos e da garantia dos direitos básicos para o pleno desenvolvimento dessas crianças e adolescentes.

Orientações para o cotidiano de crianças e adolescentes em acolhimento:

- Estabelecer uma nova rotina. A rotina se caracteriza como comportamentos relacionados às atividades de vida diária, que preservam certa regularidade e previsibilidade, ainda que possa ser modificada e flexibilizada. A rotina tem influência no desenvolvimento infanto-juvenil, sendo importante para a saúde e o bem-estar. Ela promove a organização do tempo e das ações e sua regularidade, permite o aprendizado das regras institucionais e isso contribui para o estabelecimento do limite, fazendo com que crianças e adolescentes consigam lidar com seus sentimentos, especialmente de frustração. A rotina ajuda os sujeitos a se sentirem seguros, pois compreendem o que o ambiente espera deles. Uma rotina deve ser pensada e organizada em conjunto com as crianças e os/as adolescentes afastados/as das suas famílias de origem, respeitando suas peculiaridades e necessidades. É importante que eles/elas possam ter atividades que diferenciem os momentos de tarefas e os de lazer, não sendo organizados de forma aleatória. A rotina deve contemplar hábitos de higiene pessoal, alimentação, sono, atividades lúdicas e/ou de lazer, assim como atividades da casa e pedagógicas (para as crianças em idade escolar);
- Ensino remoto. O distanciamento social levou ao fechamento das escolas e à implantação do ensino remoto, a partir das plataformas digitais, para garantir o direito constitucional de acesso à educação.

Para crianças e adolescentes acolhidos, o ensino remoto pode significar tanto uma antecipação do acesso à tecnologia quanto pode levar a um maior abismo educacional, se eles/elas não puderem dar continuidade aos estudos nessa proposta. Considerando esses aspectos, é imperativo que os executores da medida de proteção de acolhimento institucional, residencial ou familiar garantam o acesso dos/as jovens às atividades escolares remotas, como também, estejam disponíveis para auxiliar na aprendizagem e no acompanhamento ao manuseio da tecnologia. Além disso, a partir do acompanhamento das aulas nos ambientes virtuais, crianças e adolescentes mantêm o vínculo com a escola e desenvolvem atividades pedagógicas, sendo formas de expressão que os/as ajudam a lidar com suas vivências atuais e passadas;

- Expressão das emoções. Enquanto um evento estressor, a pandemia de COVID-19 pode fragilizar ainda mais crianças e adolescentes acolhidos, despertando lembranças e emoções que precisam de elaboração. O distanciamento físico de pessoas que fazem parte da vida desses/as jovens pode fortalecer sentimentos de medo, abandono e negligência, que virão à tona por meio da expressão exacerbada de emoções negativas. É preciso conversar com as crianças e os/as adolescentes sobre a pandemia e os seus diferentes efeitos. O diálogo ajuda a criança e o/a adolescente a entender a situação que está vivenciando, pensar possibilidades diante das circunstâncias e encontrar recursos psíquicos para passar por esse momento de maneira adequada. É preciso considerar a atemporalidade do sintoma advindo de um trauma e, assim, acolher as emoções e os comportamentos desadaptativos ou regressivos que surgem ou se fortalecem nesse contexto de perdas;
- Garantir atividades lúdicas. Sem a possibilidade de frequentar a escola e as atividades extraclasse, como escolas de esportes e oficinas lúdicas, surge a necessidade de qualificar os momentos passados no interior das unidades, sendo uma sugestão a ampliação de experiências lúdicas de crianças e adolescentes em acolhimento. É pela interação com outras pessoas (adultos e crianças) que a criança vai construindo

suas características pessoais (modo de agir, de pensar, de sentir), sua visão de mundo (seus conhecimentos) e sua maneira de se relacionar com as pessoas (Villachan-Lyra, Queiroz, Moura, & Gil, 2018). Nesse sentido, podem-se criar situações e oportunidades para que crianças e adolescentes se desenvolvam e aprendam. As atividades lúdicas podem favorecer o movimento do corpo, a criatividade, a percepção dos sentidos, a cognição e os afetos, como nos jogos corporais, no faz de conta e nos jogos com regras, desenvolvidos com o auxílio de um/a adulto/a - disponível integralmente - até que eles/elas possam empreender tais jogos entre pares. A potência dessas vivências está no processo de engajamento entre indivíduos, nas trocas voluntárias e no interesse mútuo. É importante valorizar as preferências da criança e seu interesse, suas curiosidades e seu ritmo. A qualidade das relações que são estabelecidas e as experiências vividas são mais importantes que a quantidade de atividade promovida. Nada substitui as relações afetivas estabelecidas com a criança (Villachan-Lyra et al., 2018);

- Favorecer o brincar é uma alternativa profícua para esse momento. É preciso que a criança brinque, sozinha ou com seus pares. O brincar pode ser compreendido como “uma atividade humana criadora, na qual imaginação, fantasia e realidade interagem na produção de novas possibilidades de interpretação, de expressão e de ação pelas crianças, assim como de novas formas de construir relações sociais com outros sujeitos, crianças e adultos” (Borba, 2007, p.35). As atividades lúdicas são recursos que possibilitam a elaboração dos conflitos vivenciados pela criança. Brincar em um momento que é tão adverso, possibilita às crianças o desenvolvimento, o aprendizado, a criatividade, mas, especialmente, constrói possibilidades para lidar e elaborar a situação atual e construir possibilidades para o futuro;
- Usar cuidadosamente os meios eletrônicos. As “telas” podem ser consideradas um recurso para o brincar, ainda que se deva utilizar com limites. O uso das diferentes opções com telas, (televisão, jogos de videogame e de celular), é uma realidade no contexto institucional, por

representar uma alternativa de manter o grupo de jovens acolhidos em harmonia por parte dos educadores. O cuidado que deve ser tomado nesse momento é no sentido de a criança não expandir o uso desses recursos nem substituir seu tempo de interações ativas e construtivas pela posição de passividade que determinadas opções fornecem, como também que o engajamento com a atividade proporcionada pela tela não interfira na rotina das refeições, sono e higiene. O uso de eletrônicos deve ser de acordo à faixa etária do usuário e sob a supervisão de algum adulto. Deve-se limitar o número de horas diárias que crianças e adolescentes assistem à televisão e manuseiam o celular ou tablet. A televisão não deve ficar ligada o tempo todo, e seu uso pode ser combinado com eles/elas. É importante conversar com a criança sobre o conteúdo a que ela está assistindo, em especial, aquilo que promove medo ou insegurança. É conveniente dar alternativas divertidas além da tecnologia, pois crianças que ficam por tempo prolongado na televisão: diminuem a interação com outras crianças e adultos, reduzem a atividade física, aprendem mensagens inadequadas para a sua faixa etária e o seu desenvolvimento, já que os meios de comunicação são modelos e exemplos atraentes para elas. Deve-se evitar expor a criança ao excesso de informações, pois isso pode gerar ou intensificar a ansiedade e o estresse, em especial, diante dos noticiários (Linhares & Enumo, 2020). O uso prolongado da tecnologia também traz impacto para as relações, pois a criança pode ter dificuldade para expressar os seus sentimentos, assim como para lidar com a frustração. O uso excessivo da tecnologia e a abstinência resultam em ansiedade, agressividade e compromete as outras atividades e o desempenho escolar (Paiva & Costa, 2015).

Recomendações adicionais sobre a organização do cotidiano, incluindo particularidades do cuidado às crianças com demandas específicas de saúde, podem ser encontradas na cartilha "[Crianças na Pandemia COVID-19](#)" da série *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19*, da FIOCRUZ¹⁴.

¹⁴ https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf

Orientações às equipes técnicas dos acolhimentos para os atendimentos psicossociais:

- Estimular crianças e adolescentes acolhidos/as a falarem sobre seus sentimentos e pensamentos diante do cenário atual e das perdas enfrentadas. Apoiar rituais para elaboração do luto nos casos envolvendo óbitos recentes. Estar disponível para escutar as crianças, seus familiares (quando os tiverem) e educadores no relato de questões que venham a surgir nesse momento de insegurança. Compartilhar o que pensa e sente auxilia a aliviar a dor, promove o autoconhecimento e possibilita o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com a situação estressora, como também ajuda a aceitar e a superar desdobramentos, a lidar com as perdas e a elaborar os lutos. Ao identificar demandas para atendimento especializado em saúde mental, deve-se realizar o encaminhamento aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Oferecer momentos de trocas de experiências, utilizando recursos tecnológicos como videochamadas e de orientação junto aos/às educadores/as, monitores/as e pais sociais, familiares e/ou rede de apoio formada no convívio fora da unidade, sobre o melhor manejo dos impasses que surgem e/ou se intensificam nesse momento;
- Buscar alternativas para a manutenção dos atendimentos psicossociais e para a realização de visitas domiciliares nesse momento de pandemia, já que se constituem em atividades cruciais para a garantia do direito à convivência familiar e comunitária de crianças e adolescentes afastados/as da própria família. Os atendimentos psicossociais ocorrem entre psicólogos/as e assistentes sociais do acolhimento e as famílias de origem dos/as jovens acolhidos, com a finalidade de construir, conjuntamente, formas de fortalecê-los para a reunificação familiar ou, no caso de ocorrerem após o retorno do/a jovem à família, auxiliar na sua permanência (Brasil, 2009). A suspensão dos atendimentos psicossociais ou a sua realização somente pela via

remota, em decorrência da pandemia, poderá levar à violação dos direitos de crianças e adolescentes (Brasil, 1990) e, por isso, sugere-se que cada município avalie formas de manutenção desse atendimento na modalidade presencial, considerando medidas de biossegurança. O acompanhamento e as intervenções indicarão se o retorno da criança ou do/da adolescente à família será possível ou a convivência familiar será garantida a partir do processo de destituição familiar e encaminhamento para famílias substitutas (Fonseca & Koller, 2018);

- Evitar a descontinuidade de atendimentos médicos e psicológicos em andamento. Para que os/as usuários/as em situação de acolhimento não vivenciem novas interrupções, deve-se buscar a manutenção de tratamentos por via remota ou mesmo presencial, seguindo os cuidados necessários para prevenir a infecção pelo novo coronavírus.

Como visto, durante a pandemia de COVID-19, o SUAS tem se mostrado cada vez mais importante para as pessoas que se encontram vulnerabilizadas e/ou em situação de risco. Até junho de 2020, quando a América do Sul ainda era considerada pela OMS o epicentro da pandemia, observava-se, no Brasil, o aprofundamento das desigualdades sociais em decorrência dessa grave emergência de saúde pública. Entretanto, por não se saber ao certo o tempo de duração da crise e seus impactos, sobretudo em médio e longo prazo, destaca-se a relevância da organização e do fortalecimento das redes socioassistenciais nas respostas de enfrentamento às demandas já existentes e àquelas que serão desencadeadas ou intensificadas pela pandemia de COVID-19. Além disso, salienta-se a necessidade de reforçar a articulação do trabalho intersetorial, considerando as políticas públicas locais de saúde, segurança pública, educação, entre outras, potencializando as chances de atender de forma rápida e eficaz às necessidades da população, preservar direitos, bem como prevenir situações de vulnerabilidade e/ou risco.

Atuar durante a COVID-19 pode ser desafiador até mesmo para os/as profissionais que estão acostumados a enfrentar “pandemias silenciosas”, como as violações de direito. Por isso, nesse momento, é fundamental incentivar as equipes do SUAS a manter práticas de autocuidado, que vão desde seguir orientações sobre biossegurança até o cuidado com sono, alimentação e estresse. Também é importante construir redes de apoio entre colegas, equipes e família, mesmo que por meio remoto. Somente cuidando de si e dos/as colegas que estão ao redor é que as equipes poderão cuidar dos/as usuários/as do SUAS.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas:** serviços de acolhimento para crianças e adolescentes. 2. ed. Brasília: Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 168 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-alcolhimento.pdf Acesso em: 14 ago. 2020

BRASIL. Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, ano 78, n. 135, 16 de julho de 1990, p. 13563. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Portaria nº 337, de 24 de março de 2020.** Dispõe acerca de medidas para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, COVID-19, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-337-de-24-de-marco-de-2020-249619485>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Comparativo revela queda no número de denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em abril.** Matéria publicada em 18 maio 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/maio/comparativo-revela-queda-no-numero-de-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-abril>. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS:** construindo as bases para a implantação do sistema único de assistência social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. 95 p. Disponível

em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2005/Resolucao%20CNAS%20no%20130-%20de%2015%20de%20julho%20de%202005.pdf. Acesso em 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica NOB/SUAS. NOB SUAS 2012**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf. Acesso em: 14 de ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas sobre o PAIF**: o serviço de proteção e atendimento à família - PAIF, segundo a tipificação nacional de serviços socioassistenciais. v. 1. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_1.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas sobre o PAIF**: trabalho social com famílias de proteção e atendimento integral à família: PAIF. v. 2. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2011. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**: PNAS/2004. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. 63 p. Disponível em: http://www.assistenciasocial.al.gov.br/acervo/protecao-social-especial-media-complexidade/creas-paefi/PNAS_2004.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Sistema Único de Assistência Social. **Orientações técnicas**: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. Disponível em http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf. Acesso em: 14 ago. 2020

Fonseca, H. R. R.; Koller, S. H. Acompanhamento familiar e cartilha da família com crianças e adolescentes em acolhimento. In: CAVALCANTE, L. I. C. et al. (ed.). **Acolhimento institucional de criança e adolescente**: teoria e evidência para boas práticas. Curitiba: Juruá, 2018. p. 101-112.

FUNDAÇÃO Getulio Vargas. (2020). **Nota técnica**: a pandemia de COVID-19 e os profissionais da assistência social no Brasil. São Paulo: FGV/BEB, 2020. 12 p. Disponível: <http://www.cfess.org.br/arquivos/PesquisaFGV-rel03-social-COVID-19-depoimentos-v2.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

LINHARES, Maria Beatriz Martins; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 37, 2020. p. 1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100510&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

Lopes, D. (02 julho, 2020). Proteção comunitária: Psicologia nos desastres. Revista Emergência, 52 páginas.

Paiva, N. M. N.; Costa, J. S. A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? **Psicologia.pt**: o portal dos psicólogos, Portugal, v. 1, p.1-13, 2015. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

RODRIGUES, A. Ligue 180 registra aumento de 36% em casos de violência contra mulher. **Agência Brasil**. Matéria publicada em 30 maio 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-05/ligue-180-registra-aumento-de-36-em-casos-de-violencia-contr-mulher>. Acesso em: 14 ago. 2020.

SCHMIDT, B. et al . Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 37, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100501&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2020.

VILLACHAN-LYRA, P. et al. Entendendo o desenvolvimento infantil: contribuições das neurociências e o papel das relações afetivas para pais e educadores. Curitiba: Appris, 2018. 59 p.



EQUIPE



ORGANIZADORES



Carlos Machado de Freitas
CEPEDES / FIOCRUZ



Débora da Silva Noal
FIOCRUZ



Maria Fabiana Damásio Passos
FIOCRUZ-Brasília

PESQUISADORES | AUTORES



Adolfo Pizzinato
UFRGS



Adriana Silveira Cogo
PUC-SP / Instituto Maria
Helena Franco de Psicologia



**Alexandra Augusta
Sanchez**
ENSP / FIOCRUZ



Alexandre Teixeira Trino
ENSP / FIOCRUZ



Aline Cardoso Siqueira
UFMS



Aline Monteiro Garcia
DEGASE-RJ



**Ana Cecilia Andrade
de Moraes Weintraub**
SMS-SP



**Ana Claudia Quintana
Arantes**
CASA CUIDAR



Ana Lígia Gomes
SEDEST-DF



Ana Lúcia Pontes
FIOCRUZ-RJ



Analuiza Camozzato
UFCSA / HCPA / SSMA



Andrea dos Santos Silva
HDT / HAA



**Andreia Lohane
Resende Simplicio**
UnB / NESP



**Andressa Carvalho
Castelli**
USP



Angela Helena Marin
UFRGS



**Anne Caroline Luz
Grudtner da Silva**
MS



Aramita Prates Greff
OLMA



Bárbara Costa Andrada
PUC-RJ



Beatriz Schmidt
FURG



Bernardo Dolabella Melo
Universidade Pitágoras e
Cruz Vermelha MG



Bianca Sordi Stock
UNISINOS



Bianca Totene Viqueci
CMAS-SP



Brena Costa de Almeida
FIOCRUZ



**Bruno Fernandes
Borginho**
HDT / HAA



**Camila Pinheiro
Medeiros**
PPGAS / UFRJ



Camila Santos Paiva
UFG / CRER / HGG



**Carina Maria Batista
Machado**
FIOCRUZ



Carla Biancha Angelucci
USP



Carolina Sampaio Vaz
SES-DF



Carolynne Cesar Lima
Universidade de Ghent



Cecília Barbosa
FIOCRUZ



Claudia Leite de Moraes
UERJ



**Claudia Mascarenhas
Fernandes**
UNIJORGE



**Cristiane Batista
Andrade**
FIOCRUZ



Cristina Ventura
UFRJ



**Dalia Elena Romero
Montilla**
FIOCRUZ



Daniel Groisman
FIOCRUZ



**Daphne Rodrigues
Pereira**
FIOCRUZ-RJ



Denize Nogueira
FIOCRUZ



Dyana Souza
UnB



Edilaine Santos Vieira
(Nita Tuxá)
UFRR



**Edinilsa Ramos de
Souza**
FIOCRUZ



Elaine G. R. Alves
USP



Elionaldo Fernandes
Julião
UFF



Elis Regina Cornejo
VAPPS / NBDH



Ellen Mariane Alves Coleraus
Setasc-MT



Erika P. Motoyama
Prefeitura Municipal de
Santos



Fabiane Vick
SESAI / FIOCRUZ / UCDB



**Fernanda Bottari Lobão
dos Santos**
UFRJ



**Fernanda Mendes
Lages Ribeiro**
FIOCRUZ-RJ / UFRJ



Fernanda Serpeloni
FIOCRUZ / FAPERJ



**Fernando Damazio
dos Santos**
Lund University



**Gabriel Inticher
Binkowski**
USP



Gabriella Pessoa
VAPPS



Gilson Mafacioli
UFMS



**Guilherme Augusto
Pires Gomes**
FIOCRUZ



**Hebe Signorini
Gonçalves**
UFRJ



**Hélio Gomes
da Rocha Neto**
SMS Santos



Ilana Katz
USP



Ilana Mountain
USP



Iolete Ribeiro da Silva
UFAM



**Ionara Vieira
Moura Rabelo**
UFG e SMS - Goiânia



Isabel Rodrigues
IFF / FIOCRUZ-RJ



James Ferreira Moura Jr
UFC / UNILAB



Joice Pacheco
UFSC



Jorge Samuel Dias Lima
SES - Distrito Federal



Joviana Quintes Avanci
FIOCRUZ



Julia Bartsch
USP / MSF



Juliana Crespo Lopes
UnB



Juliana Fernandes Kabad
FIOCRUZ-RJ



Kaili Maihub Manara
UFRGS



Karen Athié
SES-RJ



Karen Scavacini
VAPPS / IGSP



Károl Veiga Cabral
UFPA



Kathie Njaine
ENSP



Layla Raquel Silva Gomes
USP



Letícia Masson
ENSP / FPCEUP



Lorrany Rodrigues
ESCS



Luciana Cavanellas
FIOCRUZ / ENSP / UERJ



Luciana França Cescon
Prefeitura Municipal de Santos



Luciana Simas
FIOCRUZ



Luiz Felipe B. Lacerda
UNICAP / OLMA



Lygia Zamali Fernandes
UFRJ / SAP



Marcello Rezende
FIOCRUZ-RJ



Marcelo Pedra Martins Machado
FIOCRUZ-DF



Márcio Mariath Belloc
UFPA / UNC / URV / UNR



Maria Aparecida Affonso Moysés
UNICAMP



Maria Goretti Maciel
CUSC / IAMSPE



**Maria Helena
Pereira Franco**
PUC-SP



**Maria Livia Tourinho
Moretto**
USP



Maria Isabel Abelson
FIOCRUZ



Mariana F Cacciaccarro
PUC-SP



Mariana Rosa
Coletivo Helen Keller



Marta Montenegro
FIOTEC / FIOCRUZ



**Martinho Braga
Batista e Silva**
UERJ



Mauricio Hirata
ESCS



Michele Rocha El Kadri
FIOCRUZ



Michele Souza e Souza
FIOCRUZ- RJ / CNPq



**Milene Tramansoli
Resende**
MS



Miriam Schenker
FIOCRUZ-RJ / UERJ



Nilson Sibemberg
SMS-RS / APPDA



**Orli Carvalho
da Silva Filho**
FIOCRUZ-RJ



Patricia Almeida
Movimento Down



Patricia Constantino
FIOCRUZ-RJ



Ramiro Gonzalez
USP



Ricardo Lugon Arantes
UFRGS



Rozana Fonseca
Blog Psicologia no SUAS



Sandra Maria Sales Fagundes
UNC-Ar / FGSN / SBPPA



Sara da Silva Menezes
ESCS



Silvana Dal Ponte
HOSPITAL DE CLÍNICAS
DE PORTO ALEGRE



Simone dos Santos Paludo
FURG



Simone Gonçalves Assis
FIOCRUZ-RJ



Sônia Gertner
FIOCRUZ-RJ



Stella Gomes Alves dos Santos
UnB



Suane Pastoriza Faraj
UFSM / EPEC



Suely Ferreira Deslandes
FIOCRUZ-RJ



Tarsila Flores
ENSP / FIOCRUZ /
UCAM / MNPCT



Valeska Maria Zanella de Loyola
UnB



Suane Pastoriza Faraj
UFSM / EPEC



Vilma Divana de Castro
FAETEC



Volnei Antonio Dassoler
UFRGS

COLABORADORES TÉCNICOS E CIENTÍFICOS



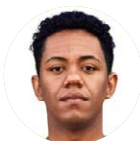
Cristiane Benjamin Santos
USP / UnICEUB



Gabriela Fernandes Chaves Lira
ESCS / UnB



Marina Thuane Melo da Silva
ESCS



Matheus da Silva Gonçalves
UnB



Nicolly Papacidero Magrin
UnB / FIOCRUZ

PROGRAMADORA VISUAL



Adriana de Araripe Macedo Marinho
Pótem Comunicação



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERAL