



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília



2ª EDIÇÃO

**CURSO
NACIONAL**

DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NA COVID-19

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

MÓDULO

4

Dispositivos de cuidado
em Atenção Psicossocial

PARCERIA





Autor:

Wagner Hideki Lourenço e Laguna

Coautores:

Ana Cecília Andrade de Moraes Weintraub

Débora da Silva Noal

Carolyne César Lima

Ionara Vieira Mora Rabelo

Bernardo Dolabella Melo

Lara Gonçalves Coelho

Dispositivos de cuidado em Atenção Psicossocial:

quando a atualização e a inovação se encontram.

1. Introdução - Construção de Dispositivos de Cuidado: Serviços e Ações



A situação emergencial desencadeada pela pandemia²¹⁴ traz a necessidade de transpormos radicalmente o campo da saúde ao planejarmos ações à altura da complexidade que o atual cenário da emergência em saúde pública demanda. O esforço necessário para a reconstrução implica a análise crítica dos dispositivos já existentes a fim de oportunizar as atualizações e invenções de novos arranjos de cuidado:

Dispositivos: termo usado aqui para nomear um conjunto de técnicas e práticas. Exemplos: consultas, grupos, reuniões, visitas domiciliares, serviços, teleatendimentos, entre outros.

A criação, o reforço e a (re)invenção de dispositivos de cuidado são fundamentais para essa tarefa, no contexto de uma **Rede Intersetorial** capaz de explorar ao máximo a dimensão coletiva. É preciso insistir na compreensão de que a **SAÚDE MENTAL É ASSUNTO PARA TODOS**. Essa Rede deve agregar, de forma compromissada, atores interinstitucionais conforme as possibilidades e necessidades avaliadas em cada território e atuar em prol da articulação das ações de proteção e cuidado, valendo-se de diferentes espaços e estratégias, agregando horizontalmente todos os entes formais de um Estado Democrático de Direito.

É preciso, também, explicitar aqui a existência de dois grandes grupos de dispositivos de cuidados que demandam reflexão, renovação, criação ou (re) invenção neste processo de reconstrução:

- Os **serviços**, ou seja, os equipamentos em geral fixos, que, no campo da saúde, por exemplo, costumam ter sua existência definida pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde (CNES), o que configura a possibilidade, para os municípios, de financiamento estadual e/ou federal.

SOBRE A CRIAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS

A criação de novos serviços é uma possibilidade e uma experiência testada em diversos cenários no país, seja após um decreto de Situação de Emergência ou Estado de Calamidade Pública, seja por demandas particulares de certos territórios (exemplo: no município de São Paulo há serviços – e ações – criados especificamente para as cenas abertas de uso de drogas, serviços esses que não existem na esfera federal, ou seja, no CNES). A criação de novos serviços, sobretudo na fase de reconstrução pós-desastres e emergências em saúde pública, pode ser uma boa estratégia contanto que:

- seja planejada quanto ao tempo de existência e ao financiamento necessário;
- seja integrada à Rede existente;
- cubra um vazio assistencial (ou um aumento expressivo de demanda) que não pode ser absorvido pelos dispositivos existentes.

• As **ações**, que podem ocorrer dentro desses serviços já existentes ou de serviços novos e que, sobretudo na esfera da reconstrução, configuram-se fortemente como **intersetoriais**, mas que se somam às ações conhecidas anteriormente e que podem ser, por seu caráter, (re)inventadas com mais fluidez e agilidade – porém, por vezes, com menor institucionalização.

Ao campo de ações dessa Rede Intersetorial – ou seja, de uma Rede que inclui, mas se estende para além dos Pontos de Atenção administrados diretamente pela pasta da Saúde – corresponde uma estrutura, que engloba as ações assistenciais e de proteção desenvolvidas nos espaços intrainstitucionais e também as ações interinstitucionais ou territoriais. Com a covid-19, vemos a institucionalização de um terceiro espaço possível de intervenções, que corresponde à intersecção entre o “dentro” e o “fora”, ou seja, o espaço virtualmente criado quando as equipes se valem do uso de tecnologias da informação e comunicação (TICs) para atuar junto à população.

Os teleatendimentos realizados durante os períodos em que houve a exigência de maior isolamento na sindemia são um exemplo que justifica

a importância de os meios digitais constituírem elemento-chave no planejamento do trabalho em rede e serem incorporados como um recurso voltado à recuperação dos danos provocados pela covid-19.

Diagrama 1 - Rede Intersetorial.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Nesse diagrama, reforçamos que, apesar de a Rede estar organizada em setores – aos quais correspondem profissionais, serviços e outros recursos –, a fase da reconstrução demanda o contato entre esses vários atores, todos convivendo, agindo e sofrendo influência uns dos outros e da comunidade mais ampla na qual estão inseridos.

2. Rede Intersectorial: Construção e Articulação



A premissa para o desenvolvimento das ações é a pactuação de uma rede potente. O bom funcionamento dessa Rede depende de arranjos permanentes entre seus integrantes sobre os fluxos dos diferentes equipamentos, as possíveis estratégias de atuação conjunta e o consenso coletivo sobre os critérios para aplicação dos recursos assistenciais. **Apenas a existência de um serviço não é fator determinante para o acesso, mesmo que o equipamento esteja pautado no acolhimento em “portas abertas”.**



A realização de um trabalho que envolve diferentes atores institucionais de forma cooperativa durante a fase da reconstrução deve considerar alguns fatores:

Quadro 1 - Elementos que influenciam na articulação da Rede Intersectorial.²²

1.	Grau de formalização da rede: Os arranjos precisam encontrar sustentação formal, e compromissos documentados são necessários para legitimar as articulações. Portarias, decretos, normas, etc., são alguns exemplos de formalização.
2.	Formas de impulsionamento: O fomento, a disponibilidade de subsídios e demais recursos para as estratégias de educação permanente, os investimentos tecnológicos, a aquisição de insumos e materiais terapêuticos.
3.	Propósito da rede: São as metas e os objetivos a serem atingidos em um determinado tempo. Lembramos que é importante o alinhamento do propósito da rede com a pandemia, visando à amenização dos prejuízos que a covid-19 provocou. O estabelecimento de um propósito claro, combinado com uma metodologia de acompanhamento dos resultados, servirá para nortear tanto as redes permanentes quanto os arranjos voltados ao atendimento de demandas específicas e intervenções pontuais na fase da reconstrução.
4.	Tamanho do arranjo: O cuidado em saúde mental e atenção psicossocial exige uma diversidade de estratégias, contudo composições muito extensas podem se desgastar ao longo do tempo. A definição dos atores que integrarão a Rede Intersectorial deve ser continuamente otimizada de forma dinâmica em relação à complexidade das demandas e ações planejadas.

5.	Natureza do arranjo: O tipo de mobilização e os princípios que pautarão a organização coletiva: destacamos a cooperação entre diferentes atores governamentais para potencializar a assistência, e que as Redes também podem constituir fóruns e reuniões temáticas estratégicas para agregar pautas consultivas, deliberativas, voltadas a avaliação, acompanhamento e qualificação das principais demandas.
6.	Áreas de cooperação: São representantes dos entes formais do Estado Democrático de Direito que fazem parte desse conceito “ampliado”: saúde, educação, assistência social, justiça, segurança, habitação, transportes, cultura, gabinetes de governo, órgãos de gerenciamento de riscos e desastres, trabalho e geração de renda, previdência e seguridade, comunicação institucional e mídias, técnicos de TIC, e as respectivas organizações prestadoras de serviços públicos, fundações, consórcios e autarquias.

Recomendam-se atentar para essas seis dimensões na pactuação de novos arranjos coletivos e, de acordo com as possibilidades, utilizar esses critérios para avaliar as redes já instituídas nos territórios de forma crítica e propositiva.

3. Refletindo o trabalho e as ações intrainstitucionais



Prezando pela resolutividade na fase da reconstrução, procuramos situar algumas indicações de ações individuais e coletivas que privilegiam o acolhimento, o acesso, a continuidade da assistência e o alcance de direitos fundamentais. O exercício do cuidado exige que as equipes constantemente avaliem:

- Quais ações indicam o melhor potencial de ganhos e os menores efeitos adversos conforme as necessidades avaliadas em cada caso?
- Qual o grau e o tipo de risco que determinado problema implica para o sujeito, profissionais ou terceiros?
- Qual a pertinência das intervenções conforme a justificativa de investimento de tempo e recursos assistenciais?
- Quais as possibilidades de combinar medidas terapêuticas com a perspectiva da reabilitação psicossocial?

É crucial identificar quais grupos populacionais requerem maior atenção ou estão em maior risco de desfechos negativos em saúde mental devido à vulnerabilização. Há várias estratégias possíveis, tais como telemonitoramento, proposição de grupos terapêuticos temáticos, atendimentos compartilhados ou localização de questões que requeiram a criação ou o reforço de ações de ampla promoção de direitos, que eventualmente podem abranger:

- pessoas que sofreram perdas significativas ao longo da pandemia;
- recortes etários específicos, como crianças, adolescentes, idosos;
- desempregados e pessoas com vínculos trabalhistas fragilizados;
- demandas relacionadas ao consumo abusivo de álcool e outras substâncias;
- pessoas em situação de rua;
- pessoas com deficiência;
- sofrimento em função do preconceito e outras formas de discriminação, como racismo, xenofobia, capacitismo, cissexismo, transfobia;
- pessoas institucionalizadas;
- demandas relacionadas ao deslocamento forçado e insegurança alimentar;
- problemas relacionados à violência doméstica e familiar;
- vigilância dos comportamentos que envolvam violência autoprovocada, distúrbios alimentares ou risco de suicídio.

Para além da atenção às queixas pontuais, o processo de recuperação após um desastre torna oportuno o trabalho em torno **DE TEMAS QUE PRIVILEGIEM O RESGATE DOS PROJETOS DE VIDA**. Esse princípio precisa se refletir nos dispositivos formais que organizam e orientam a assistência, como os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e Planos Individuais de Atendimento (PIA) ou novos dispositivos a serem criados, tais como soluções tecnológicas intersetoriais ou interinstitucionais.

ATENÇÃO!

A criação de dispositivos interinstitucionais e intersetoriais demanda grande pactuação para que seja possível sair das “caixinhas” de cada setor ou equipamento.

Mais do que uma agenda de atendimentos ou locais por onde a pessoa circula na Rede Intersetorial, essas ferramentas devem integrar um objetivo e os acordos a serem cumpridos para o alcance das metas pactuadas entre usuário e profissional de referência incumbido de organizar e planejar as ações. A Rede deve funcionar como forma de operacionalizar o cuidado.

As seguintes intervenções centradas na pessoa ou em pequenos grupos tomam essas orientações como princípio:

- psicoeducação e divulgação de propostas de promoção e prevenção em saúde mental e atenção psicossocial;
- divulgação, por meio de campanhas e estratégias de longo alcance, de informações seguras e confiáveis sobre o impacto do sofrimento mental na vida das pessoas e como é possível buscar assistência;
- realização de busca ativa dos núcleos familiares em risco e discussão dos casos nos espaços da Rede;
- não minimização do sofrimento trazido nas queixas;
- identificação de potenciais fatores de risco e proteção;
- abordagem oportuna, nos atendimentos individuais, de questões relativas ao acesso a direitos, identificação e enfrentamento do racismo e de outras formas de violência – inclusive em suas formas veladas;
- atuação de maneira proativa em face de situações de risco social e violações de direitos identificadas;
- constituição de espaços voltados ao acolhimento das demandas espontâneas, suficientemente estruturados para dar suporte inicial às situações de crise;
- proposição de ações voltadas às crianças e adolescentes que abordem os prejuízos decorrentes do consumo precoce de álcool e outras drogas, do uso excessivo de telas, da falta de atividades físicas e/ou hábitos saudáveis;
- articulação de redes protetivas e solidárias que favoreçam a qualificação profissional, o trabalho apoiado e a geração de renda;
- proposição de medidas de proteção e cuidado aos familiares e cuidadores de pessoas que sofrem em decorrência de transtornos mentais e/ou uso nocivo de álcool e outras substâncias.
- informação de que o cuidado medicamentoso pode ser necessário como uma parte do tratamento e pode se converter em fator de risco se não houver o devido acompanhamento.

Destacamos o **potencial dos grupos nos espaços intrainstitucionais** como estratégias que reforçam os laços, a troca de experiências e a construção de soluções coletivas¹⁰, especialmente após um período longo de distanciamento social. **A capacidade de transformação desses dispositivos pode ultrapassar os ganhos operados em consultas individuais desde que observadas algumas etapas em seu planejamento**, bem como as normas de biossegurança que podem estar vigentes.

Grupos também constituem dispositivos de apoio às equipes multiprofissionais e facilitam o trabalho em rede. Entre as várias possibilidades nesse sentido, as reuniões de apoio matricial¹² se destacam por seu caráter técnico-pedagógico, por sua capacidade de agregar horizontalmente diferentes saberes e por aumentar a capacidade de resposta e manejo dos casos¹⁵. Se esse arranjo grupal for desenvolvido de forma sistemática, será possível:

- alinhar condutas de forma compartilhada com os diferentes atores do território, discutir encaminhamentos, combinar atendimentos compartilhados e agendar visitas domiciliares;
- pactuar as estratégias de acompanhamento das famílias, a periodicidade das consultas e outras estratégias criativas que favoreçam a construção do PTS/PIA;
- utilizar estratégias de educação permanente junto às equipes para promover espaços de capacitação sobre os temas que mais geram questões e dúvidas;
- estabelecer canais abertos de comunicação envolvendo a Rede Interseccional.

O matriciamento em saúde mental guarda uma relação muito próxima com o princípio da assistência integral realizada por equipes corresponsáveis. Sua operacionalização excede os espaços intrainstitucionais e sugere o uso dos arranjos territoriais que serão desenvolvidos no próximo tópico.

4. Redefinindo as Ações Territoriais



O trabalho interinstitucional não precisa concorrer com as rotinas estabelecidas nos serviços, mas deve ser incorporado para complementar oportunamente o planejamento do cuidado ofertado dentro do equipamento. O conceito de *clínica ampliada* indica estratégias de atenção para além do espaço institucional e dos saberes formais, que sejam capazes de responder aos diferentes contextos e necessidades em saúde mental. A ampliação do escopo é necessária tanto no campo das ações quanto no dos espaços onde ocorrerão as intervenções. Assim, a casa, a rua e outros ambientes comunitários se transformam em potentes “*settings*”.

A **atenção domiciliar** é realizada principalmente por meio de visitas dos profissionais com a finalidade de acompanhar, oferecer orientações, identificar vulnerabilidades, realizar busca ativa, prestar assistência às crises e avaliar questões vivenciais do sujeito que eventualmente possam interferir no curso de um determinado problema.

A seguir, elencamos algumas indicações estratégicas para as visitas domiciliares (VD):

- A ação nos territórios exige corresponsabilidade entre equipe, usuários, familiares e entorno social. Os territórios são espaços de cuidado com enorme potencial se as intervenções forem elaboradas de maneira participativa, clara quanto aos objetivos, com o devido respeito ao espaço e ao bem-estar de seus habitantes.
- **A atenção domiciliar configura mais um meio do que um fim.** Serve para as equipes apreenderem a dinâmica do contexto vivencial do usuário, identificar e intervir em questões relevantes, muitas vezes impossíveis de serem trabalhadas em uma abordagem clínica tradicional.
- Os processos de adoecimento não acontecem de forma individual. O entorno tende a demandar medidas de proteção e cuidado de uma forma diferente do sujeito “principal” da queixa.
- É possível pensar em VDs para mediar situações de conflito, medicar, reestabelecer vínculos, prestar atendimento a um familiar ou mesmo instrumentalizar o cuidado por meio dos recursos disponíveis na casa.

- Se um serviço especializado for acionado para realizar uma VD junto a uma família que ainda não está vinculada ou da qual dispomos de poucas informações, é importante realizar o levantamento prévio do histórico junto aos equipamentos territoriais, como a Estratégia Saúde de Família (ESF) e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) – se possível proponha uma visita compartilhada ou solicite um acompanhamento posterior do caso.

- Em termos gerenciais, cabe equacionar os recursos necessários, como um cronograma semanal das VDs, viabilizar a disponibilidade de transporte, consolidar instrumentos de registro, alinhar roteiros e organizar a disponibilidade de agenda dos profissionais.

- As VDs geram uma série de informações importantes para o cuidado. Na linha proposta pela Rede Intersectorial, é necessário refletir com quais atores e por que certas partes dessas informações precisam ser partilhadas, sempre levando em consideração os objetivos de saúde e a proteção da intimidade das pessoas envolvidas. Isso vale também para os registros escritos.

As VDs são uma oportunidade para a avaliação dos determinantes sociais. O diagnóstico e o curso dos transtornos mentais são altamente influenciados por questões bastante concretas, como garantias mínimas de bem-estar e segurança: alimentação, acesso a saneamento, eletricidade, educação de qualidade e perspectiva de vida.

Essas indicações também podem ajudar a orientar o trabalho junto às pessoas em situação de rua, com suas devidas adaptações. Alguns aspectos devem ser considerados a partir da lógica de redução de danos (RD), realizada especificamente pelas equipes de abordagem social, agentes redutores de danos e consultório na rua:

- Uma postura acolhedora e interessada favorecerá a construção do vínculo e permitirá identificá-las oportunamente.

- A rua provoca perda de autoestima, restrição das interações sociais e, ao longo do tempo, alimenta perspectivas limitadas de recuperação. São elementos importantes que podem constituir uma barreira de acesso quando o sujeito recusa a se dirigir ao serviço para ser atendido de forma mais qualificada.

- Os avanços unicamente ocorrerão por meio do diálogo e da negociação.

Na rua é necessário operar uma abordagem mais aberta às diferenças e menos normalizadora ou prescritiva.

- No que se refere ao consumo de drogas, é necessário superar o reducionismo, as visões morais e culpabilizantes apenas nutrem a estigmatização. Em vez da abstinência, o ponto central nas estratégias de RD é a pessoa.

Exemplos práticos de redução de danos em saúde^{13,16}:

- vacinação: covid-19, influenza e atualização de carteira vacinal;
- testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis, acompanhamento de sífilis, HIV e hepatites;
- tratamento de tuberculose;
- tratamento de feridas;
- monitoramento de doenças crônicas, aferição de pressão arterial, teste glicêmico;
- saúde da mulher: orientar e agendar mamografia, papanicolau, acompanhamento pré-natal, acompanhamento de câncer de mama;
- saúde bucal: atendimento odontológico, distribuição de kits de higiene bucal e orientação;
- saúde mental: atenção à crise, orientações de redução de danos, acolhimento integral e atendimento no local;
- assistência social: documentos pessoais, CadÚnico, transporte dos usuários, oferta de vagas em centros de acolhida.

Destacamos a possibilidade de atuação territorial pelo uso dos espaços comunitários, como escolas, associações de bairro, igrejas, terreiros, clubes, centros culturais, entre outros, que podem abrigar ações estratégicas, como grupos e atividades vivenciais. As equipes desses espaços também podem participar conjuntamente de estratégias de educação permanente em saúde mental, bem como dos espaços instituídos de participação social do SUS, tais quais Conselhos Gestores, Conferências ou Fóruns de Saúde Mental do território.

5. Para além do Teleatendimento: a transformação digital no cuidado



A decisão sobre quando usar ferramentas de tecnologia de informação e comunicação (TIC) no cuidado envolve refletir sobre quando seu uso agrega uma dinâmica positiva aos vínculos, que seria dificultada ou mesmo impossibilitada sem o recurso tecnológico. O uso das TICs envolve:

Primeiro passo: planejar o acesso aos recursos: processos de aquisição de equipamentos, contratos de telecomunicação, espaço físico, programas, licenças e demais meios que tornem as ações viáveis com a devida qualidade. Além disso, há uma dimensão subjetiva no acesso, em que todos devem se atentar para os pontos a seguir:

Não deixe de ver o vídeo de Amanda Pelissoni (SP). Seu relato mostra que é possível incorporar novos recursos sem perder a continuidade das ações: televisitas, infográficos, prontuário afetivo, indicadores, estratégias criativas e eficazes de comunicação que agregam resolutividade nas ações.

- O meio e a linguagem da ferramenta de TIC devem tornar o uso acessível, intuitivo e fácil para os operadores. Exemplo: mensagens de voz alcançam melhor as pessoas com dificuldade de leitura, aplicativos gratuitos e com grande número de usuários encontram mais facilidade de adesão do que novas plataformas.
- As informações geradas em sua aplicação podem ser revertidas para ações que fortalecem as estratégias de cuidado. Por exemplo, é possível dinamizar ações de busca ativa, aplicar inquéritos voltados à prevenção dos agravos, contabilizar e referenciar geograficamente o alcance e a resolutividade das intervenções, desenvolver e alimentar bancos de dados.
- Planejamento de ações de educação permanente voltadas à capacitação para uso do recurso das respectivas TICs. Por exemplo, é de grande contribuição contar na rede com um canal de suporte e resolução de dúvidas.
- A monitorização e avaliação dessas ferramentas é fundamental. Assim, é importante pedir aos usuários devolutivas sobre o uso (feedback). Esse feedback serve para avaliar se a ferramenta agrega uma percepção de segurança e sentido junto ao usuário, se ele recebeu e compreendeu as orientações necessárias ao melhor uso possível da tecnologia.

Todas as ferramentas encontram limitações – restringir o uso de TIC somente à possibilidade do atendimento remoto significa trocar o espaço físico do atendimento pelo virtual do teleatendimento. *Nesse sentido, as diferentes categorias*

Judete Ferrari - Alegrete/RS
Seu relato é uma grande referência para nos mostrar as possibilidades de transformação que o uso de TICs podem gerar nos processos de trabalho. Não deixe de conferir!

profissionais, por meio de seus conselhos, enquanto órgãos representativos legítimos, dispõem das normativas éticas que orientam o trabalho na especificidade de cada saber. Recomendamos, na medida do necessário, que esse tema também seja pautado em reuniões, fóruns e demais encontros de uma RAPS Ampliada, em prol do máximo respaldo e proteção das equipes.

Segundo passo: ponderando todas as questões sobre o acesso e a ética, ainda é preciso pensar:

- no objetivo a ser alcançado;
- que tipo de intervenção é o mais apropriado;
- que formato atenderia a determinada necessidade de forma mais resolutiva.

Por exemplo: canais institucionais em redes sociais são um recurso de grande alcance para divulgar atualizações, ações de um determinado serviço, transmitir boletins, informes, materiais gráficos, conteúdo multimídia e outros dados relevantes. Outras possibilidades incluem:

- Além de uma agenda prévia de teleatendimentos, é possível disponibilizar espaços remotos de acolhimento em formato de plantão para consultas e orientação especializada com o intuito de classificar a demanda e facilitar o seguimento presencial em um segundo momento.
- Equipamentos voltados à convivência podem fazer transmissão das oficinas sincronicamente por meio de *lives*, ou gravar a atividade adaptando o formato para acesso a qualquer momento.
- Podcasts são formas dinâmicas e democráticas de acesso à informação, há ferramentas que podem ser exploradas para desenvolvimento e divulgação de maneira gratuita, canais de vídeo também funcionam de modo semelhante e podem ser combinados³.

- É possível organizar grupos operativos, terapêuticos, informativos, fóruns e assembleias por meio de aplicativos de reuniões, desde que todos os participantes manifestem consenso sobre o formato. Atores da sociedade civil podem assumir o protagonismo e se engajarem de forma espontânea por esse meio.
- É possível otimizar as rotinas de monitoramento remoto sobre certas condições de saúde, em especial junto às pessoas limitadas em sua mobilidade, mesmo por intermédio de aplicativos simples de mensagens.
- É possível também criar formas de capacitação para a própria Rede mediante as TICs.

Cabe ainda observar:

- Algumas sequelas da covid-19 envolvem diminuição da capacidade respiratória e até da mobilidade. Esses casos podem se valer de recursos que exijam menos deslocamentos físicos nas estratégias de acompanhamento.
- O uso de TICs potencializa e fortalece os vínculos, em especial quando feita a elaboração conjunta das ações com os usuários, explorando, testando os meios de forma criativa e corresponsável.
- Situações de risco importante à vida podem ser identificadas remotamente: em um teleatendimento, por meio de mensagem em um perfil institucional. **É necessário prever um fluxo ágil junto às redes de urgência e emergência** e outros dispositivos territoriais para esses casos.
- Explorar possibilidades da transformação digital significa incluir na Rede Intersetorial profissionais da área de mídias, tecnologia da informação e comunicação como apoiadores junto às equipes assistenciais.
- Condições de segurança e privacidade devem ser constantemente avaliadas, em função das regras de uso dos aplicativos ou de o usuário dispor de condições para se comunicar de forma segura em seu ambiente.

Assim, o trabalho na fase de reconstrução pós-desastres e emergências em saúde pública não se concentra necessariamente na criação de novos serviços ou dispositivos, mas engloba também a ampliação do olhar e a adoção de novas perspectivas nos dispositivos já existentes, condizentes com as reais necessidades do território. É um grande desafio implementar e fortalecer

as Redes Intersetoriais e afirmá-las como principal base da reconstrução, já que, em termos práticos, a atuação e a governabilidade dos profissionais e gestores acaba sendo compartimentada em setores e serviços. Ainda assim, a transversalidade da saúde mental e atenção psicossocial é uma questão fundamental para a reconstrução, que envolve outros condicionantes e acaba excedendo o campo formal da saúde, seus serviços e profissionais.

6. Referências Bibliográficas



¹ BARBOSA, J. B.; TOSOLI, A. M. G.; FLEURY, M. L. O.; DIB, R. V.; FLEURY, L. F. O.; SILVA, A. N. Representações sociais dos transtornos mentais. **Rev. Enferm. UFPE on-line**, Recife, v. 12, n. 6, pp. 1813-1816, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a234783p1813-1816-2018>. Acesso em: 29 abr. 2022.

² BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00119021, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00119021>. Acesso em: 6 maio 2022.

³ BRAGÉ, É. G. et al. Desenvolvimento de um podcast sobre saúde mental na pandemia de COVID-19: um relato de experiência. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, pp. 11368-11376, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-382>. Acesso em: 22 maio 2022.

⁴ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 16 maio 2022.

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 16 maio 2022.

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 16 maio 2022.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 16 maio 2022.

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências (Obid). Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/portaria-gm-ms-no-3588-de-21-de-dezembro-de-2017>. Acesso em: 15 maio 2022.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022**. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491>. Acesso em: 15 maio 2022.

¹⁰ BROIDE, J.; BROIDE, E.E. **A psicanálise em situações sociais críticas: metodologia clínica e intervenções**. São Paulo: Escuta, 2015.

¹¹ CARDOSO, F. M. C.; JOAZEIRO, E. M. G. Saúde mental e defesa da vida em tempos de pandemia. **Revista em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63474>. Acesso em: 08 mai. 2022.

¹² CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

¹³ HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e COVID-19. **Revista de Administração Pública**, v. 54, pp. 1064-78, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>. Acesso em: 6 maio 2022.

¹⁴ HORTON, R. COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, sep. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6). Acesso em: 5 maio 2022.

¹⁵ IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em saúde mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, pp. 1247-1254, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>. Acesso em: 29 maio 2022.

¹⁶ LAGUNA, W. et al. Relato de boas práticas: saúde pop rua. **CompAPS Ideiasus**, 2022. Disponível em: <https://compaps.sp.ideiasus.net/portf%C3%B3lio-de-pr%C3%AAticas>. Acesso em: 30 maio 2022.

¹⁷ MELO, B. D. et al. (org.). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 22 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121>. Acesso em: 6 maio 2022.

¹⁸ OLIVEIRA, G. L.; RIBEIRO, A. P. Relações de trabalho e a saúde do trabalhador durante e após a pandemia de COVID-19. 2021. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00018321>. Acesso em: 6 maio 2022.

¹⁹ OLIVEIRA, R. G.; CUNHA, A. P.; GADELHA, A. G. S.; CARPIO, C. G.; OLIVEIRA, R. B.; CORRÊA, R. M. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150120>. Acesso em: 15 maio 2022.

²⁰ SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLSE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH L. M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (campinas)**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 8 maio 2022.

²¹ SOARES, J. P.; OLIVEIRA, N. H. S.; MENDES, T. M. C.; RIBEIRO, S. S.; CASTRO, J. L. Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, pp. 385-398, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E126>. Acesso em: 8 maio 2022.

²² SWIANIEWICZ, P.; TELES, F. The institutionalization of inter-municipal arrangements in Europe: findings from the unusual suspects. **Transylvanian Review of Administrative Sciences**, n. 57, pp. 119-36, 2019.

Coordenação do Curso

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

Moderação

Nicolly Papacidero Magrin
Sara da Silva Meneses
Lara Gonçalves Coelho

Apoio Técnico

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

Revisão Técnico-Científica

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

PRODUÇÃO

Núcleo de Educação a Distância da EGF - Brasília

Coordenação

Maria Rezende

Supervisão de Produção

Erick Guilhon

Revisão Textual

Erick Guilhon

Design Gráfico

Thalisson Cruz
Adriana Marinho

Produção Multimídia/Audiovisual

Márlon Lima

Lives

Pedro Magalhães

Desenvolvimento

Bruno Costa
Rafael Henriques
Trevor Furtado
Thiago Xavier
Gabriel Nascimento

Supervisão de Oferta

Meirirene Moslaves

Suporte Técnico

Dionete Sabate



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília

PARCERIA

