

Beatriz Guedes Mattoso<sup>1</sup>  
Júlia Magna da SilvaTeixeira<sup>1</sup>  
Sabrina Rodrigues de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prefeitura de Juiz de Fora, Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** A emergência em saúde que rapidamente evoluiu para o cenário de pandemia global de covid-19, resultou em mudanças no comportamento e hábito das pessoas, além de medidas das autoridades para conter a contaminação pelo vírus e seus diversos efeitos. Os sistemas de saúde, em seus diferentes níveis de atenção, precisaram se organizar para atender à população, desde os quadros leves até os graves e procedimentos de reabilitação. **Objetivo:** O presente artigo tem como objetivo apresentar a experiência da equipe multiprofissional de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) durante o período de pandemia. **Relato de Experiência:** As mudanças do processo de trabalho e fluxos de atendimento impostas a partir da instalação da mesma, desafiaram gestores e equipes na oferta qualificada de cuidado e assistência, entendendo a necessidade de continuidade das ações e do alinhamento das mesmas às diretrizes sanitárias. Conciliar as premissas da luta antimanicomial no trabalho em saúde mental e reabilitação psicossocial, como o estabelecimento de vínculo, diálogos com o coletivo e proximidade com os sujeitos e seus territórios, tornou-se um grande desafio. **Discussão:** Em retrospectiva, percebeu-se através da experiência descrita, que uma das possibilidades frente às imposições do coronavírus foi o fortalecimento de ferramentas já conhecidas em saúde mental e o foco no trabalho em rede. Porém, por mais que seja possível reconhecer a potência que há no arcabouço do SUS, assistir à redução de investimentos progressiva no setor e à incerteza quanto à duração e os efeitos da pandemia na saúde da população, elevam o grau de angústia dos trabalhadores. **Conclusão:** Ademais, coloca-se a necessidade de compartilhamento da experiência para que outros dispositivos pelo país possam reconhecer suas potencialidades e desafios em comum, além de contribuir com a literatura da área e tornar-se dado para a formulação de políticas públicas.

Palavras-chave: Pandemias. Serviços de Saúde. Saúde Mental. Prática Profissional.

## ABSTRACT

**Introduction:** The health emergency that quickly evolved into the global pandemic scenario of covid-19, resulted in changes in people's behavior and habits, in addition to measures by the authorities to contain the contamination by the virus and its various effects. Health systems, in their different levels of care, needed to organize themselves to serve the population, from mild to severe cases and rehabilitation procedures. **Objective:** This article aims to present the experience of the multidisciplinary team of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD) during the pandemic period. **Experience Report:** The changes in the work process and service flows imposed after it was installed, challenged managers and teams to offer qualified care and assistance, understanding the need for continuity of actions and their alignment with sanitary guidelines. Reconciling the premises of the anti-asylum struggle in mental health and psychosocial rehabilitation work, such as the establishment of bonds, dialogues with the collective and proximity to subjects and their territories, became a major challenge. **Discussion:** In retrospect, it was perceived through the experience described that one of the possibilities in the face of coronavirus impositions was the strengthening of tools already known in mental health and the focus on networking. However, as much as it is possible to recognize the power that exists in the SUS framework, watching the progressive reduction of investments in the sector and the uncertainty regarding the duration and effects of the pandemic on the health of the population, increase the level of anxiety among workers. **Conclusion:** Furthermore, there is a need to share the experience so that other devices across the country can recognize their common potential and challenges, in addition to contributing to the literature in the area and becoming a given for the formulation of public policies.

Key-words: Pandemics. Health Services. Mental Health. Professional Practice.

Submetido: 31/08/2021  
Aceito: 05/04/2022

✉ **Beatriz Mattoso**

R. Francisco Batista de Oliveira, 99,  
Aeroporto, Juiz de Fora, Minas Gerais  
CEP: 36038-380

📧 sab.rodriques@yahoo.com.br



## INTRODUÇÃO

A oportunidade de falar sobre a experiência de ser um profissional de saúde durante a pandemia, dentro de um serviço público de saúde, é urgente e de grande relevância. A emergência em saúde provocada pelo coronavírus exigia respostas rápidas e efetivas das políticas de saúde, tanto nas necessidades diretas do cuidado àqueles infectados pelo vírus, quanto dos efeitos indiretos. As mudanças nas rotinas diárias de atendimento, estabelecimento de fluxos e as propostas da política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas em vigência, provocaram reflexões e questionamentos nos profissionais. Além disso, evidenciaram dificuldades recorrentes enfrentadas no cotidiano do serviço e do quanto é necessária a avaliação constante dos dispositivos de saúde mental.<sup>1</sup>

A saúde mental das populações também sofreu importante impacto a partir do surgimento da COVID-19, o que já é tema de estudos no mundo e no Brasil.<sup>2,3</sup> A evolução rápida da doença, o número expressivo de mortes e a imposição de isolamento social cresceram junto aos níveis de estresse, medo, pânico, ansiedade, culpa e tristeza durante este período.<sup>4</sup> Os reflexos desse evento se estenderam desde o público que não teve contato com o vírus, mas sofreu o impacto das mudanças nas relações sociais, crise econômica, desemprego, mortes na família, até os contaminados e profissionais da saúde. Este último grupo vivenciou a exposição diária ao vírus, no enfrentamento direto à COVID-19, por meio da oferta do cuidado e assistência, somado às diversas vulnerabilidades e limitações impostas.<sup>5</sup>

A experiência descrita tem como pano de fundo o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e a política pública de saúde mental, mais especificamente a dinâmica de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III). Este dispositivo é um dos resultados do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que a partir da década de 70 iniciou ampla discussão no país acerca do cuidado em liberdade e da violência presente nas instituições hospitalares, que propunham a internação como única possibilidade de tratamento frente à loucura.<sup>6</sup> Entendido como serviço estratégico e substitutivo ao cuidado hospitalar, os CAPS são uma das ferramentas propostas pela Portaria n. 3.088/2011,<sup>7</sup> que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pretendendo garantir o proposto na Lei n. 10.216/2001:<sup>8</sup> os direitos dos portadores de sofrimento psíquico.

As diretrizes do trabalho de um CAPS se alinham às propostas do SUS quanto à organização dos equipamentos de saúde, tais como construção coletiva de governo, trabalhadores e população. Na direção de uma elaboração colaborativa, faz-se de grande importância a aproximação, participação e diálogo com conselhos e conferências de saúde, com impactos diretos na ordenação, ações e direcionamento de recursos.<sup>6</sup> Estes movimentos

destacam a complexidade do trabalho desenvolvido nestes dispositivos e a importância de que sejam ofertadas intervenções condizentes com as necessidades das comunidades.

Situar o surgimento das políticas sobre drogas no país, exige o resgate de seu percurso histórico. Costa descreve que o começo da atuação do Estado se dá no final do século XX,<sup>9</sup> e indica como objetivos iniciais o controle do comércio e uso de substâncias, além da manutenção da segurança da população e a lógica proibicionista. Pontua ainda que, apesar do saber médico se inserir nesta discussão na década de 80, somente na década de 90 o tema foi percebido como uma questão de saúde pública tornando-se objeto de políticas públicas específicas.

No funcionamento de um CAPS AD, norteado pela perspectiva da redução de danos,<sup>10</sup> é previsto o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, e as respectivas repercussões psicossociais na vida desses sujeitos. São ofertadas diferentes modalidades de cuidado, com enfoque em ações coletivas e entre as diversas possibilidades de atenção deve-se “oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar”.<sup>11</sup>

Considerando o exposto, pretende-se descrever neste trabalho as inquietações e mudanças que atravessaram a prática dos profissionais durante o período de pandemia, buscando apreender como foi possível ofertar cuidado de saúde mental, em meio à uma emergência de saúde pública.

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

O início da pandemia no Brasil, em março de 2020, foi marcado por grande incerteza e necessidade de que mudanças fossem colocadas em curso. Era importante que apesar das alterações na atuação, o CAPS não se afastasse da sua função como “[...] núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento”.<sup>6</sup>

Os decretos municipais e orientações dos órgãos de saúde foram os instrumentos norteadores para as mudanças necessárias na rotina do dispositivo.<sup>12</sup> Em um espaço de cuidado como o CAPS, em que se pretende a realização da reabilitação psicossocial, principalmente por meio de ações coletivas e permanência-dia do serviço, a restrição social e a impossibilidade do contato diário, tornaram-se impedimentos nunca antes imaginados. Reinventar-se diante deste cenário e estabelecer contratualidade com os territórios e sujeitos, representou um grande desafio.

Apesar das dificuldades, alguns caminhos possíveis delinearam-se no cotidiano do serviço, por intermédio da potencialização das ferramentas já existentes

na rede e no município. Em um primeiro momento, o dispositivo buscou priorizar os atendimentos aos casos graves e crises relacionadas ao uso abusivo de drogas e aos episódios de tentativas de autoextermínio. Nessa perspectiva, o CAPS AD III destaca-se como um ponto de extrema importância na rede, por contar com os leitos de acolhimento noturno e funcionamento 24 horas desde o ano de 2014. No entanto, por determinado período, questões burocráticas durante a pandemia dificultaram sua utilização como uma das ferramentas que acolhem crises e evitam, por diversas vezes, um processo de hospitalização. Com o retorno do acolhimento noturno, as equipes deparam-se também com o desafio de acolher usuários em um cenário pandêmico, entendendo que novamente a dinâmica do trabalho deveria ser discutida, para prever ações que melhor acolhessem os usuários em momentos críticos e promovendo a proteção desses, de seus familiares e dos profissionais.

As novas atividades adicionadas à rotina estenderam-se desde a preocupação com a distância mínima entre os leitos, testagem para detecção de Covid-19 e manejo constante dos usuários acolhidos que por muitas vezes apresentavam resistência ao uso de máscaras, tinham dificuldade de manter hábitos de autocuidado e não ficavam restritos ao leito durante a estadia. Além das intervenções específicas destinadas ao cuidado em saúde mental, os profissionais do CAPS também reforçaram as orientações quanto aos cuidados necessários para prevenção do vírus, locais de atendimento, mudança de funcionamento dos serviços, fornecimento e acesso à informação, importância da vacinação e uso de máscaras. Destaca-se ainda que durante a permanência em leito, as orientações descritas eram entendidas como elementos integrantes do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos sujeitos e portanto, parte essencial do processo de cuidado em saúde mental e oportunidade de construção de vínculos com outros espaços de cuidado.

Tal condução, lembra-nos que a reforma psiquiátrica se encontra em constante processo de consolidação e acontece no cotidiano dos serviços, por meio do trabalho territorial, de base comunitária e em rede, sendo este último conceito descrito como “conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental”.<sup>6</sup> Além do papel de articulação com as redes de apoio de cada sujeito, o CAPS estabelece diálogos com os mais diversos campos, que compõem o conceito ampliado de saúde, como a assistência social, educação, justiça e segurança pública.

Somado à grande rotatividade e entrada de um volume significativo de novos usuários no serviço, há também a precariedade da contrarreferência dos mesmos para a rede. Além dos déficits estruturais e de recursos que os demais pontos de atenção também sofrem em seu cotidiano, muitas vezes suas ações estão atravessadas pela estigmatização do usuário de drogas. Esta perspectiva contribui para a construção de barreiras a um cuidado integral em saúde, uma vez que

o “consumo de drogas não é visto como um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema”.<sup>13</sup>

Perpassados por diferentes marcadores, os usuários que circulam e chegam até o espaço do CAPS apresentam fragilidades dos laços familiares, vulnerabilidade social e agravos em saúde. Estes últimos, são representados pelos demais quadros de saúde mental, efeitos decorrentes do uso de substâncias, variadas questões clínicas e doenças infecciosas. Além de identificar e realizar os devidos encaminhamentos frente aos quadros clínicos, a equipe ainda tem o desafio de avaliar e delimitar, em meio à complexa constelação de sinais, sintomas e fenômenos, a fronteira em relação ao que é manifestação de um transtorno mental e o que é efeito ou diz da dinâmica do uso de substâncias psicoativas. Este trabalho requer da equipe tempo, observação e escuta qualificada.

Assim como as demais políticas públicas de saúde, os CAPS enfrentam não só os efeitos da atual crise sanitária, mas também se deparam com uma série anterior de problemas decorrentes da precarização e falta de recursos para a realização do trabalho. Adicionamos a esta discussão o fato de que o CAPS AD é a única referência na modalidade, no setor público do município, destinada ao atendimento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas, operando desde a sua implantação com uma grande demanda reprimida e cada vez mais crescente. É importante destacar que o CAPS AD aqui citado é o único de um município considerado o mais populoso de sua mesorregião e que conta com uma população estimada em 560 mil habitantes.<sup>14</sup>

Frente a este cenário, a consolidação do matriarcado – modalidade de trabalho para um novo modo de produção de saúde compartilhado, a partir de uma proposta pedagógico-terapêutica – fica comprometida.<sup>15</sup> A circulação de saberes dos profissionais acerca da compreensão de cada caso, favorece a construção de arranjos que possam acolher as demandas em saúde mental em outros pontos além dos CAPS e sinaliza para a importância dessa ferramenta. Durante a pandemia, foram necessárias adaptações e revisão de fluxos estabelecidos com outros dispositivos, a partir da necessidade de reduzir a necessidade de deslocamento dos usuários, regular a porta de entrada e ainda concretizar as ações de cuidado compartilhado. Para tanto, os contatos e orientações por via remota, principalmente por telefone, foram essenciais.

Durante este período, a equipe deparou-se com problemas antigos e que geram impacto na execução do trabalho. Dentre eles: o pouco entendimento de outros pontos da rede acerca dos objetivos e possibilidades de atuação de um CAPS AD III; e a chegada de casos com variados perfis e história de usos de substâncias, apontando para a dificuldade dessa mesma rede em diferenciar os padrões de uso abusivo, quadros de depen-

dência, situações de crise e grau de comprometimento dos casos.

Diante desses desafios, desenvolveu-se no dispositivo a frente de atuação intitulada "Identidade Institucional" visando sistematizar o processo de trabalho realizado nos últimos dois anos. Além de descrever o funcionamento do serviço, tem objetivo de compartilhar com a rede a abordagem das equipes acerca do cuidado das pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse movimento tem como finalidade apresentar as potencialidades e as limitações de atuação do serviço, buscando situar o lugar que ele ocupa na rede. Essa direção de trabalho prevê o contato mais próximo com diferentes pontos da rede como possibilidade de formalizar as condutas de caso, favorecendo as interlocuções possíveis e otimização do trabalho.

## DISCUSSÃO

A experiência aqui relatada reúne informações sobre uma equipe de saúde que vivenciou o percurso da pandemia, na linha de frente. Esse período que tanto desafiou o sistema de saúde, afetou também os profissionais – esgotados física e psicologicamente – aumentando os níveis de angústia e contribuindo para o adoecimento dos mesmos. A árdua trajetória que é construir o cuidado em saúde, soma-se às particularidades do campo da saúde mental, que exige dos profissionais o fazer alinhado a um movimento de resistência da luta antimanicomial e até mesmo de militância, com o olhar atento às práticas. Estes cuidados são de grande importância, considerando-se, inclusive, o contexto de uma cidade que integrou o "corredor da loucura", expressão empregada para designar as cidades mineiras que chegaram a concentrar 80% dos leitos de saúde mental no estado.<sup>16</sup>

O aumento de demandas em saúde mental, anunciado a partir dos efeitos da pandemia, é um fator preocupante para as equipes e para os sistemas de saúde. Representa um assunto dos quais os governantes e formuladores das políticas públicas não poderão se esquivar daqui em diante, assumindo que os recursos para tais políticas já estão muito aquém do necessário para o atendimento adequado e que a efetivação do direito à saúde no país tende a encontrar grandes dificuldades.<sup>17</sup>

Destaca-se o fato de que não enfrentamos apenas a crise sanitária instalada, mas diversas modificações na política de saúde, desde 2015, inclusive com o redirecionamento de recursos para modalidades de cuidado hospitalares.<sup>18</sup> Portanto, para além dos desafios diários, os profissionais assistem, a todo momento, à redução de investimento em seu trabalho e destinação de recursos para modelos de cuidado que caminham na direção diametralmente oposta.

Marginalizado pelo Estado brasileiro, os CAPS AD faceiam carências na formação profissional, por vezes atrelada ao modelo biomédico, perspectivas estigmatizantes, além da sobrecarga de trabalho aliada à escas-

sez de recursos e estrutura deficitária.<sup>19</sup> Assim, a vivência aqui relatada evidenciou a importância do trabalho realizado pelos serviços de saúde mental. Mesmo que isso represente um desafio, é importante considerar as construções em rede como uma direção de trabalho e que não se deve perder de vista. Nesse sentido, entende-se que o CAPS não pode ser o único local ou instituição de acolhimento ao sofrimento mental, pois além de não conseguir abarcar a complexidade das demandas, a centralização do CAPS torna-se um obstáculo à promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais.<sup>6</sup>

As relações construídas entre os CAPS e a APS – um dentre outros diferentes espaços de cuidado – objetiva instrumentalizar os profissionais que estão próximos dos sujeitos nos territórios, promovendo a longitudinalidade dos cuidados através do apoio matricial. Chiaverini et al<sup>20</sup> apontam que essas equipes devem estar cientes dos limites e estratégias do sistema, necessários para o cuidado em saúde mental que se pretende. Nesse sentido, destaca-se que, na realidade aqui descrita, a RAPS não conta com os Núcleos de Atenção em Saúde da Família (NASF), o que acarreta um déficit; e, por vezes, uma redistribuição e sobrecargas das funções que seriam exercidas por esse componente.

Costa et al<sup>19</sup> ressaltam que a formalização de linhas guias e fluxos construídos a partir das realidades locais é de extrema importância e que além de não prejudicar o olhar singular para cada sujeito e sua história, evitaria a sobrecarga de serviços especializados e a cronificação do usuário na rede. Tais apontamentos reforçam a importância de fortalecer os dispositivos em termos estruturais, os recursos financeiros, humanos e a capacitação constante. Considerando o exposto, é importante reconhecer que mesmo em um cenário preocupante, o SUS é um projeto com potencial e que consegue, apesar de distante do ideal, atender grande parte das demandas da população brasileira.<sup>21</sup> Inclusive, são as propostas de universalidade, descentralização e abordagem integral da política, características consideradas como diferenciais do nosso sistema em relação ao enfrentamento da pandemia.<sup>22</sup>

## CONCLUSÃO

Os desafios apresentados até aqui destacam a importância do trabalho desenvolvido pelos espaços de saúde no SUS antes, durante e depois da pandemia. As ações de construção do cuidado compartilhado têm como direção a ideia de que a pessoa em uso de substância ou com alguma outra questão em saúde mental pode circular pela cidade, decidir sobre seus projetos de vida e tem o direito de acessar os serviços da rede e de se cuidar em liberdade.

Portanto, a pandemia exigiu que a equipe criasse formas e espaços de cuidado em outra perspectiva: trata-se de um trabalho em construção constante, com a

perspectiva de criar e/ou fortalecer a responsabilização conjunta de toda a rede socioassistencial (esporte e lazer, educação, judiciário, assistência social, e outros setores da própria saúde) em prol de um cuidado ampliado e integral ao usuário AD.

## REFERÊNCIAS

1. Costa PHAD, Colugnati FAB, Ronzani TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 20:3243-53.
2. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva IE, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia*. 2020; 37:1-13.
3. Garrido RG, Rodrigues RC. Restrição de contato social e saúde mental na pandemia: possíveis impactos das condicionantes sociais. *J Health Biol Sci*. 2020; 8(1):1-9.
4. Pereira MD, Oliveira LC, Costa, CFT, Bezerra CMO, Pereira MD, Santos CKA et al. The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research, Society and Development*. 2020; 9(7):1-35.
5. Souza WS, Comassetto I, Junqueira TLS, Souza EMSS, Oliveira AS, Leão AL. Vivência da equipe multiprofissional de saúde no enfrentamento da COVID-19 em serviços de internação hospitalar. *Research, Society and Development*. 2021; 10(4):e25910414048.
6. Ministério da Saúde (BR). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011.
8. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 2001.
9. Costa PHA. Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas: um estudo exploratório [Dissertação de Mestrado]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*. 2012.
11. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2004.
12. Ministério da Saúde (BR). Recomendação nº 20, de 07 de abril de 2020. [citada em 2021 ago 31]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/recomendacoes-2020/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>
13. Ronzani TM, Noto AR, Silveira PS, Casela ALM, Andrade BABB et al. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. 2015.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). IBGE cidades. 2019. [citado em 2021 ago 31]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-defora/panorama>.
15. Ministério da Saúde (BR). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
16. Arbex, D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2013.
17. Vieira FS, Benevides RPDS. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil. 2016; 10(3):1-28.
18. Pitta AMF, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades*. 2019, 246:6-14.
19. Costa PHA, Ronzani TM, Colugnati FAB. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(10).
20. Chiaverini DH, Gonçalves DA, Ballester D, Tófoli LF, Chazan LF, Almeida N, Fortes S. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011. 236 p.
21. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Goulart BF, Chaves LDP. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. *Escola Anna Nery*. 2020; 24:1-8.
22. Ministério da Saúde (BR). Mais saúde: direito de todos 2008-2011. 2. ed. Brasília: 2008. [Acessado 23 jan 2022]. Disponível em: [https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas\\_Nacionais\\_Salud-Brasil\\_2008-2011\\_2ed.pdf](https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionais_Salud-Brasil_2008-2011_2ed.pdf).