

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE SAÚDE**

**LUANA SANTOS CONCEIÇÃO**

**VULNERABILIDADE SOCIAL E  
A PANDEMIA DE COVID-19:  
A Construção de Ações de Cuidado Psicossocial a partir do  
Trabalho em rede e da Articulação Intersetorial**

**SÃO PAULO**

**2022**

**LUANA SANTOS CONCEIÇÃO**

**VULNERABILIDADE SOCIAL E**

**A PANDEMIA DE COVID-19:**

**A Construção de Ações de Cuidado Psicossocial a partir do  
Trabalho em rede e da Articulação Intersetorial**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Instituto de Saúde, para obtenção do título de  
Especialista em Saúde Coletiva.**

**Orientadora: Lígia Rivero Pupo**

**SÃO PAULO**

**2022**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Conceição, Luana Santos

Vulnerabilidade social e a pandemia de covid-19: a construção de ações de cuidado psicossocial a partir do trabalho em rede e da articulação intersetorial – São Paulo, 2022.

85 f.

Orientador (a): Lígia Rivero Pupo

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Vulnerabilidade social 2. Saúde mental 3. Apoio social 4. Colaboração intersetorial 5. Covid-19 I. Pupo, Lígia Rivero

CDD: 362.21

## AGRADECIMENTOS

O ano de 2021 começou com a esperança que o início da vacinação seria o primeiro passo para o retorno daquele mundo que conhecíamos antes da pandemia. No entanto, o cenário pandêmico de medo e incertezas foi intensificado, e diante desse contexto está na especialização de saúde coletiva foi muito significativo para compreender a importância, a potência e a urgência para que a sociedade civil atue em defesa SUS. Concluir esse curso, para que futuramente também possa fazer parte do grupo de profissionais que resistem e seguem atuando em sua defesa foi uma importante conquista que obtive neste ano.

E essa conquista não seria possível sem o apoio e carinho dos meus pais e do meu irmão, a quem agradeço imensamente por adaptarem suas rotinas para que pudesse seguir nesse curso, por estarem comigo nos momentos mais difíceis e por sempre acreditarem em mim sendo meu refúgio e ponto de sustentação. Aos meus amigos pelo apoio e afeto em todos os momentos.

Aos pesquisadores do Instituto de Saúde, por todo o conhecimento compartilhado, pelos bons momentos de troca de experiências e ensinamentos que serão fundamentais na minha atuação profissional e pela dedicação para o bom andamento das aulas, visto que, o contexto exigiu mudanças e adaptações que não foram fáceis para todos. Aos colegas de turma e profissionais convidados que sempre enriqueceram os debates e aos funcionários do Instituto por sempre garantirem o apoio para que as atividades fossem realizadas da melhor maneira.

Aos professores da graduação que são eternas referenciais profissionais, que para além de todo o conhecimento me proporcionaram ao longo da minha formação ensinamentos de vida com momentos inesquecíveis de troca e afeto, aos quais sempre recorro nos momentos de dificuldade e incertezas, e a quem sempre agradeço por cada conquista obtida já que fazem parte da construção desse caminho.

E aos profissionais e gestoras do município de Franco da Rocha, por dedicarem um tempo de suas rotinas que têm sido tão sobrecarregadas nesse período para contribuírem com seus conhecimentos e vivências que foram fundamentais para a construção desse trabalho.

CONCEIÇÃO, Santos Luana. **Título:** Vulnerabilidade Social e a Pandemia de Covid-19: A Construção de Ações de Cuidado Psicossocial a partir do Trabalho em Rede e da Articulação Intersetorial : Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

## **RESUMO**

**Introdução:** A vulnerabilidade social é um fenômeno multidimensional que se configura numa sociedade pautada pela desigualdade social, que dificulta e agrava as condições de vida dos grupos populacionais que não dispõem de mecanismos para enfrentar os riscos sociais aos quais são submetidos. A exposição a tais situações acentua a probabilidade do sofrimento mental dessa população. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a rede de atenção psicossocial (RAPS), representam um marco democrático ao garantir acesso universal ao cuidado psicossocial e as medidas de proteção socioassistencial à população. A articulação intersetorial, e o trabalho em rede, visam promover a corresponsabilização e ações de cuidado em conjunto para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde e sociais da sociedade.

**Objetivo:** Identificar e analisar as estratégias em rede, e de articulação intersetorial, utilizadas pela RAPS e o SUAS do município de Franco da Rocha durante a pandemia de Covid-19, para o cuidado psicossocial de pessoas vivendo situações de vulnerabilidade ou risco psicossocial. **Método:** Estudo de caso, foram realizadas 15 entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestoras do município do SUAS e da RAPS. Os dados coletados foram transcritos, ordenados e analisados em três categorias de análise. **Resultados:** As situações de vulnerabilidade social e sofrimento mental foram evidenciadas pelo aumento das situações de fome e perda de renda, e do crescimento dos casos de ansiedade no território. Observou-se que essas demandas assim como, a vulnerabilidade temporária e as implicações do luto em decorrência da Covid-19, tornaram-se presentes em ambas as redes, sendo necessário que desenvolvessem ações de cuidado em conjunto por meio do trabalho em rede e da articulação intersetorial para assegurar a integralidade do cuidado aos usuários. Embora esse trabalho esteja sendo construído e fortalecido no município, algumas dificuldades foram identificadas pelos profissionais nessa articulação. **Conclusão:** A atuação do SUAS e da RAPS contribuíram para atenuar o agravamento das situações de sofrimento mental e vulnerabilidade social que tiveram um aumento significativo nesse período. Fortalecer o trabalho em rede e a articulação intersetorial entre as redes a partir da criação de novos espaços de encontro para a pactuação de ações de cuidado em conjunto é fundamental para ampliar as ações de cuidado e proteção social no município.

**Palavras-Chave:** vulnerabilidade social; saúde mental; apoio social; colaboração intersetorial; COVID-19.

CONCEIÇÃO, Santos Luana. **Title:** Social Vulnerability and the Covid-19 Pandemic: The Construction of Psychosocial Care and Intersectoral Articulation: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Social vulnerability is a multidimensional phenomenon that is configured in a society ruled by social inequality, which makes it difficult and worsens the living conditions of population groups that do not have mechanisms to face the social risks to which they are subjected. Exposure to such situations increases the likelihood of mental suffering in this population. The Unified Social Assistance System (SUAS) and the psychosocial care network (RAPS) represent a democratic framework by guaranteeing universal access to psychosocial care and social assistance protection measures for the population. Intersectoral articulation and networking aim to promote co-responsibility and joint care actions to face and solve society's health and social problems. **Objective:** Identify and analyze the network strategies, and intersectoral articulation, used by the RAPS and SUAS networks of the municipality of Franco da Rocha during the Covid-19 pandemic, for the psychosocial care of people living in situations of vulnerability or psychosocial risk. **Methodology:** Case study, 15 semi-structured interviews were carried out with professionals and managers of the municipality of the SUAS and RAPS networks. The collected data were transcribed, sorted and analyzed in three analysis categories. **Results:** Situations of social vulnerability and mental suffering were evidenced by the increase in situations of hunger and loss of income, and the increase in cases of anxiety in the territory. It was observed that these demands, as well as the temporary vulnerability and the implications of grief as a result of Covid-19, became present in both networks, making it necessary for them to develop care actions together through networking and communication intersectoral articulation to ensure comprehensive care for users. Although this work is being built and strengthened in the municipality, some difficulties were identified by the professionals in this articulation. **Conclusion:** The performance of the SUAS and RAPS networks contributed to mitigating the aggravation of situations of mental suffering and social vulnerability that had a significant increase in this period. Strengthening networking and intersectoral articulation between networks through the creation of new meeting spaces for agreeing on joint care actions is essential to expand care and social protection actions in the municipality.

**Keywords:** social vulnerability; mental health; social support; intersectoral collaboration; COVID-19.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	<b>Agente Comunitário de Saúde</b>
<b>CADÚNICO</b>	<b>Cadastro Único</b>
<b>CAISM</b>	<b>Centro de Atenção Integral à Saúde Mental</b>
<b>CAPS</b>	<b>Centro de Atenção Psicossocial</b>
<b>CRAS</b>	<b>Centro de Referência da Assistência Social</b>
<b>CREAS</b>	<b>Centro de Referência Especializado de Assistência Social</b>
<b>LOAS</b>	<b>Lei Orgânica da Assistência Social</b>
<b>NASF</b>	<b>Núcleo de Apoio a Saúde da Família</b>
<b>PAIF</b>	<b>Programa de Atenção Integral à Família</b>
<b>PNAS</b>	<b>Política Nacional de Assistência Social</b>
<b>PSB</b>	<b>Proteção Social Básica</b>
<b>PTS</b>	<b>Projeto Terapêutico Singular</b>
<b>RAPS</b>	<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>
<b>SCFV</b>	<b>Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos</b>
<b>SUAS</b>	<b>Sistema Único de Assistência Social</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>UBS</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
<b>UPA</b>	<b>Unidade de Pronto Atendimento 24 horas</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Vulnerabilidade Social: Construção Histórica do Conceito.....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Redes de Atenção para o Cuidado.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.1 Rede de Assistência Social .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Redes de Atenção Psicossocial .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 Articulação Intersetorial e Trabalho em Rede .....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 Território Franco da Rocha .....</b>	<b>19</b>
<b>1.5 Pandemia de COVID-19.....</b>	<b>21</b>
<b>1.6 Justificativa .....</b>	<b>22</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>24</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Participantes.....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Instrumentos e Procedimentos .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3. Análise dos Dados .....</b>	<b>27</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Organização e funcionamento dos Serviços do SUAS e da RAPS durante a pandemia. ....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 A – Equipamentos do SUAS .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1 B – Equipamentos da RAPS .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2 O Cuidado psicossocial ofertado para as pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial. ....</b>	<b>33</b>
<b>4.2.1 Ações para o manejo das situações de empobrecimento, perda de renda e perdas pessoais. ....</b>	<b>33</b>
<b>4.2.1 A – Equipamentos do SUAS .....</b>	<b>33</b>
<b>4.2.1 B – Equipamentos da RAPS .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2.2 Cuidado psicossocial às situações de sofrimento mental.....</b>	<b>40</b>

<b>4.2.2 A – Equipamentos da RAPS .....</b>	<b>40</b>
<b>4.2.2 B – Equipamentos do SUAS.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Trabalho em Rede e Articulação Intersetorial .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3.1 Trabalho em rede .....</b>	<b>46</b>
<b>4.3.1 A- SUAS .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3.1 B- RAPS .....</b>	<b>48</b>
<b>4.3.2 Articulação Intersetorial .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3.2 A- SUAS com a RAPS.....</b>	<b>51</b>
<b>4.3.2 B- RAPS com o SUAS.....</b>	<b>54</b>
<b>4.3.3 Um exemplo de articulação intersetorial: Os casos dos acumuladores.....</b>	<b>56</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>58</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>61</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo II –SUAS - Questionário CRAS.....</b>	<b>70</b>
<b>Anexo III – SUAS - Questionário Gestão.....</b>	<b>72</b>
<b>Anexo IV – RAPS - Questionário UBS .....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo V – RAPS -Questionário NASF .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo VI - RAPS - Questionário CAPS Adulto .....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo VII - RAPS - Questionário CAPS Álcool e Outras Drogas .....</b>	<b>80</b>
<b>Anexo VIII - RAPS - Questionário CAPS Infante Juvenil .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo XI - RAPS - Questionário Gestão .....</b>	<b>84</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Vulnerabilidade Social: Construção Histórica do Conceito.

O termo vulnerabilidade tem origem da conexão dos verbos em latim *vulnerare* que significa prejudicar, lesar ou ferir e *bilis* que indica suscetível a; expressa uma condição do ser humano estar ou ser suscetível à exposição de possíveis danos e riscos. (CARMO; GUIZARDI 2018). O conceito obteve destaque no campo da saúde coletiva durante o combate à epidemia de HIV/aids, quando as práticas de cuidado restritas aos modelos epidemiológicos de grupos riscos, começaram a se mostrar ineficazes em conter o avanço da doença em populações socialmente desfavorecidas como negros, mulheres e residentes de territórios pobres. (DIMENSTEIN; CIRILO NETO 2020).

Ayres é um dos pioneiros a tecer críticas sobre as abordagens de cuidado focadas em grupo de risco para identificar a disseminação dos problemas de saúde na população, pois aponta que ao focalizar a análise de riscos em aspectos inerentes ao sujeito para orientar práticas focalizadas a esses grupos, contribui para a estigmatização e conseqüentemente a propagação de ações de cuidado discriminatórias visto que, o foco nos comportamentos individuais apenas culpabiliza os indivíduos pela sua situação de adoecimento. (DIMENSTEIN; CIRILO NETO 2020).

Visando ampliar o conceito e superar a concepção de que risco social têm apenas relação com a probabilidade de um fato ocorrer durante o ciclo de vida de um indivíduo ou grupo, Ayres (2014 apud DIMENSTEIN; CIRILO NETO 2020) desloca o foco do problema dos indivíduos e grupos para o contexto social e define a vulnerabilidade como a chance de exposição dos sujeitos a circunstâncias situações e contextos, tanto pessoais, como interpessoais e sociais, que resultem em potenciais de adoecimento. Essa concepção representou um marco, pois explicitou as desigualdades na exposição aos riscos, expandiu a visão sobre as práticas de saúde propostas, e trouxe a discussão dos direitos humanos das populações desfavorecidas, excluídas e estigmatizadas.

Este autor, apontou que o conceito de vulnerabilidade comporta três dimensões: a *dimensão individual*, que diz respeito às informações que uma pessoa tem sobre o seu estado de saúde e a capacidade de incorporar esse conhecimento e transformar seus modos de vida; a *dimensão social* relativa ao acesso à informações, a possibilidade de transformá-las em

práticas de saúde, ao acesso à recursos materiais e a instituições sociais, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e estar livre de coerções violentas de todas as ordens, e a *dimensão programática* relacionada a existência de políticas públicas, estratégias de ação, e recursos sociais acessíveis e adequados para grupos sociais mais fragilizados e mais expostos, e para condições sociais específicas que aumentem o risco e a exposição à danos de saúde. (DIMENSTEIN; CIRILO NETO 2020).

O termo vulnerabilidade social tem adquirido espaço nos campos de pesquisa da saúde e assistência social, utilizado para caracterizar indivíduos e grupos populacionais que vivenciam situações de adversidade em seu cotidiano, que podem estar associadas a exposição a riscos econômicos, sociais ou culturais que resultam em menor poder de mobilidade social, bem como danos à saúde e ao bem-estar, necessitando de proteção social e apoio para a garantia dos seus direitos. São classificados como fatores de risco condições, situações, ou comportamentos que provoquem consequências negativas e indesejáveis, e que afetem o desenvolvimento psicossocial e consequentemente provoquem o sofrimento psíquico do indivíduo. (MONTEIRO, 2011; SCOTT et al. 2018).

Esse conceito surge inicialmente em substituição ao termo exclusão social, importante construção teórica que caracteriza situações sociais de pobreza extrema e marginalidade social permitindo a formulação de políticas públicas destinadas ao enfrentamento dessas situações. É fundamental ressaltar que embora essas situações configurem um contexto de vulnerabilidade social, a compreensão do termo não pode ser restringida a esses contextos visto que, a vulnerabilidade social é um fenômeno multidimensional que pode atingir indivíduos, famílias e coletividades definido por indicadores socioeconômicos, de saúde, demográficos, educacionais, habitacionais entre outros. (GABATZ, 2015).

Dessa forma, o termo contribui para a superação de análises simplórias relativas à pobreza, apontando a importância de compreender a interligação de seus fatores multicausais e destacando que os riscos sociais não estão restritos aos contextos de pobreza estando associados a um abrangente espectro de situações de fragilidade e vitimizações que os indivíduos vivenciam em decorrência das imposições econômicas, políticas e sociais como violência, desemprego, inserção social entre outros. (CANÇADO et al. 2014).

Ressalta-se que as situações de pobreza de indivíduos e famílias permanecem configurando uma exposição ao risco social as situações de vulnerabilidade, onde a falta de acesso à renda, aos serviços básicos e a recursos materiais, contribui para outras carências

sociais como condições precárias de saúde e alimentação, condições sanitárias inadequadas e baixa escolarização. (JANCZURA, 2012).

Corroborando a opinião de Cançado (et al. 2014), cabe salientar que, embora as situações de pobreza agravem as situações de risco social e vulnerabilidade vivenciadas pelos indivíduos, não se pode inferir que esses riscos e vulnerabilidades existem devido a pobreza, pois, conforme apontado a vulnerabilidade é um fenômeno multifacetado e complexo que não se manifesta da mesma maneira em todos os contextos, o que possibilita uma análise menos determinista, mais complexa e dinâmica que consiga identificar zonas de vulnerabilidade e a heterogeneidade de situações de desproteção social. (SEMZEZEM; ALVES 2013).

Semzezem (et al,2013), apontam que as expressões de vulnerabilidade nos indivíduos podem ser representadas tanto pela ausência de recursos, como ausência ou diminuição das defesas para enfrentar as situações de riscos e adversidades, de modo que, estar em vulnerabilidade social pode indicar uma predisposição a situações de precarização, vitimização e agressão. De acordo com Reis (et al. 2003), apontam que o uso e abuso de álcool e outras drogas definido como um problema de saúde pública configuram uma dessas situações de vulnerabilização, pois, associado a fatores socioeconômicos desfavoráveis como desemprego, baixa escolaridade, falta de acesso a serviços básicos e renda configuram situações de risco devido aos efeitos relativos ao uso e abuso dessas substâncias.

Embora o sofrimento faça parte da condição humana, não se limita a uma realidade subjetiva ligada a aspectos individuais. Seu surgimento, na maioria das situações, está interligado a aspectos e sistemas simbólicos da vida dos indivíduos, e também tem relação com a conjuntura socioeconômica e política que vivenciam, de modo que, a exposição a situações de vulnerabilidade tais como: a fragilização das relações sociais, de gênero, étnico-raciais e políticas, situações de violência, privação de direitos sociais aumentam a probabilidade de sofrimento psíquico dos indivíduos pertencentes a grupos sociais vulneráveis. (PINHEIRO et al. 2009).

Cabe ressaltar que, as situações de vulnerabilidade não se manifestam de maneira espontânea ou são estáticas, são constitutivas de uma sociedade pautada na desigualdade social, com mecanismos de exploração social, econômica e cultural que agravam e dificultam a transformação social dos grupos populacionais que não dispõem de recursos para enfrentar tais riscos. Tal vulnerabilidade pode se agravar ainda devido à ausência de recursos e políticas visando equidade, ofertadas pelo estado, para assegurar a proteção social desses grupos vulneráveis. (GABATZ, 2015).

Janczura (2012) salienta que, os grupos sociais se tornam vulneráveis pela ação de agentes sociais que compõem essa estrutura, e, portanto, é fundamental retirar as condições de passividade às quais esses grupos podem estar submetidos. A autora reitera a importância de políticas públicas para atenuar essas vulnerabilidades e atuar no campo da garantia dos direitos sociais a esses grupos.

## **1.2 Redes de Atenção para o Cuidado**

### **1.2.1 Rede de Assistência Social**

A Constituição de 1988 representou um marco central na redemocratização do país, e na inauguração de um Estado democrático de direito, pois entre outros elementos definiu a assistência social e a assistência a saúde como políticas públicas de direitos e não contributiva. Rompendo com as concepções assistencialistas e benevolentes que caracterizavam o campo da assistência social, ela estabeleceu que é dever do estado assegurar o direito do cidadão garantindo os recursos mínimos sociais a todos que necessitarem acessar a política de assistência social. Integrada ao Sistema de Seguridade Social em conjunto com as políticas de saúde e previdência social, a assistência social passou a compor o sistema de proteção social, que tem como objetivo garantir o acesso universal à saúde e as medidas socioassistenciais, assegurando proteção contra as privações econômicas e sociais. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2009a).

Em 1993 é promulgada a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8742/1993) que regulamenta e ratifica os artigos da constituição estabelecendo normas, critérios, objetivos, responsabilidades e atribuições entre os três entes federados para a organização da política de assistência social no país. Foi estabelecido o direito à participação direta ou representativa da população no controle, avaliação e elaboração das ações de assistência por meio de espaços democráticos. (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2009a).

Contudo, durante a década de 90 não foi observada uma mudança significativa nos serviços assistenciais devido a uma regulação insuficiente na implementação da política, o baixo grau de responsabilização das gestões governamentais resultou numa organização precária, pois havia uma imprecisão conceitual acerca do público alvo e a área não dispunha de unidades de referência para atendimento à população. (CAVALCANTE; RIBEIRO 2012).

Nesse contexto, foi aprovada em 2004 a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) pautada nas regulamentações da Constituição de 1988 e da LOAS, que reorganizou

programas, projetos, serviços e benefícios da assistência social, consolidando a instituição do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, que tem como objetivo regular e organizar as ações socioassistenciais em todo o território nacional. A proteção social da assistência social buscou encarregar-se das fragilidades, vulnerabilidades e riscos sociais que indivíduos e famílias enfrentam ao longo da vida, em decorrência das desigualdades, iniquidades e dificuldades sociais e econômicas que ferem a dignidade humana. (BRASIL, 2005a; CAVALCANTE; RIBEIRO 2012).

Em consonância com a PNAS, em 2005 foi aprovada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) que além de regular a organização do SUAS transformando a política de assistência social em uma política federativa, estabeleceu competências de financiamento e gestão entre os entes federativos. A NOB/SUAS instituiu instrumentos para a articulação e integração da rede de serviços com outras políticas do campo social, com o objetivo de consolidar a rede de assistência em todo âmbito nacional respeitando as particularidades e diversidades de cada região. (BRASIL 2005a; CAVALCANTE; RIBEIRO 2012).

Os usuários da política de Assistência social são compostos por indivíduos, famílias e grupos que estejam vivenciando situações de vulnerabilidade e riscos sociais, tais como:

perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza, ausência de renda e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social. (BRASIL, 2005a, p.33).

A prestação de serviços do SUAS é organizada em três níveis:

A Proteção Social Básica (PSB), que visa prevenir situações de vulnerabilidades, riscos sociais e pessoais em decorrência da violação de direitos, através do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, desenvolvimento de potencialidades e ampliação do acesso aos direitos de cidadania dos usuários. O Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), é a unidade pública e descentralizada responsável pela organização das ações e serviços oferecidos para proteção social básica, e também coordena e organiza a rede de serviços socioassistenciais nos municípios. (BRASIL,2005a; BRASIL 2009b).

A Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE) é destinada a indivíduos e famílias que estão em situações de risco social e pessoal, em decorrência de situações de

violação de direitos tais como: abuso e violência física, psicológica ou sexual, situações de rua, abandono, negligência, trabalho infantil, rompimento de vínculos, afastamento do convívio familiar, abuso de substâncias psicoativas entre outras. Este nível de proteção oferta programas, serviços e projetos que visam reconstruir vínculos familiares e comunitários, fortalecer as potencialidades e assegurar a proteção de indivíduos e famílias para o enfrentamento e prevenção do agravamento dessas situações. As unidades de referência para a oferta de serviços da PSE são: O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), unidade pública estatal com abrangência municipal ou regional e o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro POP), unidade pública estatal de abrangência municipal. (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2011b).

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade oferta serviços especializados em diversas modalidades com o objetivo de garantir proteção integral e acolhida de indivíduos e famílias afastados temporariamente do seu núcleo familiar comunitário. É organizada em Serviços de Acolhimento Institucional; Acolhimento em República; Acolhimento em Família Acolhedora e Serviço de Proteção em Situações de Calamidade Públicas e de Emergências, e devem preservar, fortalecer e resgatar os vínculos familiares e comunitários ou construir novas referências familiares dos usuários quando necessário. (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2011b).

### **1.2.2 Redes de Atenção Psicossocial**

Promulgada pela Constituição de 1988, a saúde é um direito de todos, sendo dever do estado prover as condições necessárias para garantir esse direito. A conquista desse direito é resultante da reforma sanitária, movimento organizado pela sociedade civil que defendeu que a saúde não devia ser vista apenas como uma questão biológica, mas, integrada as questões sociais e políticas que compõem a sociedade, o que impulsionou a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que por sua vez, delineou os princípios para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (PAIM, 2011).

Apesar dos avanços obtidos com a implementação do SUS, o modelo de atenção pautado em ações curativas e no cuidado biomédico, com uma organização de serviços e ações dimensionadas a responder às condições agudas ou agravamento das condições crônicas mostrou-se insuficiente, pois, pautada numa lógica fragmentada impede o SUS de cumprir seus princípios assegurando um cuidado integral ao indivíduo. Outra característica da

insuficiência desse modelo, é que o cenário brasileiro é composto por desigualdades nas condições econômicas, sociais e demográficas que definem diferentes necessidades de saúde da população, assim como, diferenças no acesso aos serviços de saúde, sendo necessário instituir mudanças para ratificar a efetividade desse sistema. (BRASIL, 2010a; MENDES, 2010).

Visando consolidar o SUS como um sistema unificado e integrado, superar a fragmentação da atenção e gestão da saúde, para atender as necessidades da população a partir de um contexto epidemiológico e demográfico caracterizado pelo predomínio das condições crônicas, a portaria nº4.279/10 institui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que foram definidas como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. (BRASIL, 2010a).

Foram estabelecidas redes temáticas de cuidado que deveriam ser caracterizadas pelas relações horizontais entre os pontos de atenção tendo a atenção básica como articuladora do cuidado, visto que, é a principal porta de entrada do sistema. (BRASIL, 2015a). Entre as ferramentas descritas para a gestão destas redes de atenção, destacam-se as linhas de cuidado, definidas como: “Arranjos organizacionais que articulam serviços, tecnologias, recursos, saberes e planos de cuidado, estruturados e multidisciplinares, centrados no usuário, destinados a apoiar a implementação de diretrizes clínicas e protocolos, garantir o acesso e a integralidade das ações”. (BRASIL, 2010a).

Dentre as redes de atenção existentes, este trabalho destaca a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para Pessoas com Sofrimento, Transtorno Mentais e Necessidades decorrentes do uso de Álcool e outras Drogas instituída pela portaria 3088/11. Resultante do movimento da Reforma Psiquiátrica que defendeu a implementação de uma rede substitutiva de cuidados de base comunitária em oposição ao modelo pautado no hospital psiquiátrico, propôs ampliar e articular os pontos de atenção a partir de ações intersetoriais para assegurar a qualidade do cuidado psicossocial garantindo o respeito e a autonomia ao usuário. (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2005b).

Esta rede é constituída pelos seguintes equipamentos: da Atenção Básica (Unidade Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF; Consultório na Rua; e Centro de Convivência); da Atenção Secundária (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS nas suas diversas modalidades); e da Atenção de Urgência e Emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro, UBS). (BRASIL, 2011a).

Também fazem parte da RAPS: A Atenção residencial de Caráter Transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial), Atenção Hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos(SRT) e o Programa de Volta para Casa) e a ações de Reabilitação Psicossocial ( Iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos por meio de ações solidárias/cooperativas sociais). (BRASIL, 2011a).

Os CAPS são serviços estratégicos e fundamentais para consolidar a Reforma Psiquiátrica, destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais mais graves e persistentes, em substituição ao modelo manicomial, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. São também responsáveis por supervisionar e articular ações com os demais pontos de atenção, e estabelecer linhas de cuidado que promovam a inserção social dos usuários com transtornos mentais ou necessidades em decorrência de álcool e outras drogas, por meio de ações intersetoriais considerando as dimensões clínicas, sociais e culturais. (BRASIL, 2005b).

### **1.3 Articulação Intersetorial e Trabalho em Rede**

A intersetorialidade é uma estratégia política que visa articular diferentes campos de saber, para promover ações e estabelecer políticas para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde e sociais da sociedade. Incorporando a concepção de que o território, espaço das manifestações e relações sociais, é fundamental para essa análise, as ações intersetoriais tem como objetivo superar ações políticas fragmentadas, considerando o cidadão em sua totalidade e contemplando suas necessidades individuais e coletivas. (BRASIL, 2009c; JUNQUEIRA, 2000).

A ação intersetorial tornou-se fundamental para a garantia do direito à saúde, e obteve destaque com o avanço dos estudos da saúde coletiva, que adotaram a perspectiva da multicausalidade do processo saúde-doença. Esse paradigma incorpora a compreensão dos determinantes sociais de saúde (fatores econômicos, sociais, culturais, psicossociais e étnico/raciais) que interferem na ocorrência dos problemas de saúde e na predisposição a fatores de risco na população, interferindo em seus modos de vida. (BUSS; FILHO 2007).

Dessa forma, visando superar o predomínio da visão biomédica, e demonstrando a impossibilidade de lidar com a complexidade dos problemas de saúde a partir de uma única perspectiva, a proposta de ação intersetorial propõem novas estratégias de enfrentamento apontando que, para as ações serem resolutivas, é fundamental a articulação e corresponsabilização de diversos setores como: Assistência Social, Educação, Habitação, Cultura e Trabalho e Emprego para garantia do direito à saúde e a cidadania. (AZEVEDO et al. 2012).

A articulação intersetorial está atrelada ao conceito de rede definida por Castells (apud 2000 BRASIL, 2010b), como um conjunto de nós interconectados em que cada nó é resultante das conexões que se estabelecem entre si. A prática requer, para além da articulação, relações horizontais e ações complementares que propiciem vinculação entre os atores envolvidos. Desse modo, pode-se inferir que, ao dispor no artigo 198 Constituição de 1988 que os serviços e ações de saúde deveriam compor uma rede regionalizada e hierarquizada, o trabalho em rede foi estabelecido como a principal maneira de assegurar que a integralidade, princípio constitutivo do SUS fosse efetivado. (BRASIL, 2009c; JUNIOR, 2014).

Assim, a efetivação dos objetivos da RAPS e do trabalho em rede não ocorre pela somatória dos pontos de atenção, mas, pelo compromisso ético sanitário de estabelecer diálogos e articulações intra e intersetoriais que respondam à multidimensionalidade das necessidades das pessoas em situação de sofrimento mental, principalmente aquelas relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Essa perspectiva implica em além de considerar as dimensões fármaco-químicas do uso, deve-se incluir a dimensão sociocultural associada aos contexto de vida do usuário e a situações de vulnerabilidades e riscos que podem resultar na fragilização de vínculos familiares, sociais e comunitário, superando práticas de cuidado isoladas e promovendo um agir coordenado, que resulte em um cuidado integral e não estigmatizado. (ASSIS, 2014; BRASIL, 2016).

No âmbito da política da assistência social, a articulação intersetorial entre o SUAS e os serviços da rede SUS foi definida como um dos princípios organizativos da política,

estabelecendo que as ações para o manejo das situações de vulnerabilidades e risco, em decorrência da violação de direitos, não devem ser restritas a mitigação das condições de pobreza mas, ser desenvolvida por uma rede de serviços complementares que assegurem ações de acolhimento, cuidados e proteção social como parte da política de proteção a indivíduos em situação de violência familiar e sexual, drogadição e problemas de saúde mental ocasionados ou acentuados pelas situações de vulnerabilidade. (BRASIL, 2005a; SEMZEZEM et al. 2013).

Por meio do oferecimento de serviços, programas e benefícios que visassem à prevenção e proteção social dos usuários para o enfrentamento às situações de vulnerabilidade social, enfatizou-se que essas condições sempre estiveram associadas a uma insuficiência da rede de proteção que assegura aos indivíduos o acesso aos seus direitos. Dessa maneira, as ações intersetoriais têm um importante papel estratégico na concretização do trabalho e do objetivo dessas duas redes assistenciais (RAPS e SUAS), para superar esse cenário de relações assimétricas que configuram as vulnerabilidades psicossociais da população, e promover ações mais integrais, eficientes e eficazes por meio da co-responsabilidade em todos os âmbitos das políticas públicas. (CARMO; GUIZARDI 2018; SEMZEZEM et al. 2013).

#### **1.4 Território Franco da Rocha**

Localizado na zona noroeste da cidade de São Paulo, Franco da Rocha é um município que tem sua história articulada à dinâmica estabelecida pela instalação do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, inicialmente denominado Asilo de Alienados do Juqueri, inaugurado em 18 de maio de 1898. Situado na região central, a cidade se desenvolveu em torno do hospital que se tornou um símbolo de identidade do território, o nome da cidade é uma homenagem ao médico psiquiatra Francisco Franco da Rocha, idealizador e primeiro diretor do hospital. (NATALE, 2019; REIS, 2011).

No início do século XIX, o país vivenciava um processo de modernização das cidades, nesse período foi estabelecido pela medicina que o “louco” era o indivíduo que não se adequava aos padrões de normalidade, de modo que, a psiquiatria brasileira se consolida como um instrumento de controle social da população. Aliada a uma prática higienista e um modelo de atenção asilar, estabelece associações entre comportamentos considerados desviantes (usuários de álcool e outras drogas, homossexuais, pessoas negras e pobres sem trabalho fixo, em situação de rua ou mendicância) com situações que exigiam tratamento e

intervenção do Estado. Essas condições culminaram em diagnósticos que resultaram em internações que tinham como objetivo disciplinar e conseqüentemente excluir esses indivíduos dos espaços sociais. (FONTE,2012; FREITAS, 2018; GUMIERI, 2017).

O foco do tratamento não era o indivíduo em seu contexto, mas, a doença diagnosticada. Privados de liberdade, vivendo em condições insalubres, marginalizados e com seus direitos sociais violados, eram submetidos a tratamentos pautados em práticas de tortura e violência. O hospital do Juqueri representou um marco nesse processo sendo durante alguns anos o maior hospital psiquiátrico do país com uma estimativa de ter recebido aproximadamente mais de 120 mil internações. (FREITAS, 2018; GUMIERI, 2017).

Ao longo de sua história recebeu inúmeras denúncias de situações de tortura, violência e ocorrência de mortes, impulsionado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que defendeu a desinstitucionalização e a desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas, passou por diversas reformulações permanecendo em funcionamento por 122 anos sendo oficialmente desativado no dia 01 de abril de 2021. (FONTE, 2012; SANTIAGO; MENEZES 2021).

A aprovação da lei 10.216/01 consolida um modelo de base comunitária para o cuidado em saúde mental, definindo o CAPS como dispositivo estratégico em contraposição ao modelo asilar, regulamentou os direitos da pessoa com transtornos mentais e institui como medida a progressiva redução de leitos dos hospitais psiquiátricos e a extinção dos manicômios. A RAPS de Franco da Rocha foi implementada no ano de 2014 com a fundação do primeiro CAPS, no entanto, o município ainda vivencia o estigma ocasionado pelo longo funcionamento do Hospital do Juqueri. (BRASIL, 2005b.; FREITAS, 2018; SANTIAGO; MENEZES 2021).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021), o território de Franco da Rocha é composto por 158.438 habitantes, ainda é considerada uma cidade dormitório, e de acordo com o Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades (IDSC-BR, 2019), o município ainda possui grandes desafios em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) como erradicação da pobreza, trabalho e crescimento econômico e na redução das desigualdades sociais.

## 1.5 Pandemia de COVID-19

No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou estado de pandemia global ocasionada pela doença COVID-19 causada pelo coronavírus SARS-CoV-21. Devido a inexistência de medidas terapêuticas ou preventivas e a rápida taxa de transmissão e contaminação, além das medidas não farmacológicas de higienização como lavagem das mãos, uso de máscaras e álcool gel, a principal medida recomendada pela OMS foi o distanciamento social em razão da sua efetividade para evitar a disseminação da doença. (MALTA et al. 2020a; MARQUES et al. 2021).

No entanto, observou-se que as medidas de restrição social impactaram de maneira diferente os grupos populacionais que já vivenciam situações de vulnerabilidade social evidenciando a negligência do Estado ao adotar medidas de proteção estabelecidas como universais, mas, que demonstram seu caráter seletivo à proteção de corpos socialmente necessários e valorizados para a economia do país. Embora, todos estejam suscetíveis à infecção, as chances de proteção a exposição do vírus bem como, as consequências sociais da pandemia não são vivenciadas de maneira igualitária, mas, mediadas pelas condições de vida, acesso a serviços, bens e direitos sociais básicos, tornando evidente que a opção de permanecer em casa sem que houvesse impacto na condição econômica social dos indivíduos não foi possível para todos. (MARQUES et al. 2021).

Marques (et al.2021), apontam que de acordo com a Rede de Políticas Públicas e Sociedade Covid-19 que avalia as políticas públicas e respostas sociais à pandemia no Brasil, estima-se que 23,8 milhões (25%) da população compõem a parcela mais vulnerável aos impactos econômicos da pandemia acentuado por um cenário de desigualdade social já existente com altas índices de desemprego e o retorno do país ao mapa da fome. A implementação do Auxílio Financeiro Emergencial preconizado pelo Governo Federal para fornecer proteção social aos grupos vulneráveis no período de enfrentamento da pandemia, foi marcada por diversos problemas desde o cadastramento via internet desconsiderando a falta de acesso da população em condição de vulnerabilidade e a ausência de um diálogo inicial com o SUAS para que fosse a coordenadora da implementação do programa, de modo, que a medida isolada sem o estabelecimento de políticas públicas eficazes não ocasionou mudanças efetivas nesse cenário de desigualdade social.

A pandemia de Covid-19 também provocou inúmeras mudanças nos estilos de vida da população, acarretando consequências à saúde mental dos indivíduos. Uma das principais mudanças observadas foi o aumento significativo do consumo de álcool nesse período, o que

pode estar relacionado ao seu efeito depressor no sistema nervoso central tornando-se um mecanismo de apoio para lidar com as situações de estresse, inseguranças em relação ao futuro e o risco iminente da morte ocasionado por esse cenário pandêmico. Ressalta-se que além de ocasionar dependência o abuso no consumo de álcool pode potencializar ou desencadear episódios depressivos e ansiosos, culminando num comportamento de risco que pode aumentar o risco ao suicídio e potencializar situações de violência doméstica e familiar. (GARCIA; SANCHEZ 2020; MALTA et al. 2020a).

A pesquisadora e diretora da Fiocruz Brasília Fabiana Damásio, em um evento realizado pela fundação em agosto de 2020, apresentou dados de um estudo realizado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e publicado pela revista *The Lancet*, que demonstrou um aumento de 90% nos casos de depressão no Brasil, sendo que, as ocorrências de crises de ansiedade e estresse tiveram também um aumento de 80%. A pesquisadora salientou a importância de considerar os problemas de saúde mental, assim como, as implicações do luto nesse período como um problema de saúde pública. (DIRETORIA 2020; GAMEIRO 2020).

Em consonância com essa pesquisa, Castro et al. (2021), apontam que os impactos da pandemia na saúde mental da população começam a ser evidenciados pelo aumento de casos de ansiedade e depressão na população e o agravamento dos quadros de pessoas que já vivenciavam doenças mentais. O iminente cenário de medo, insegurança em relação ao futuro, a ausência dos rituais de luto e a diminuição de renda dos indivíduos tornaram-se potencializadores de situações de sofrimento e adoecimento provocando dificuldades em todas as dimensões da vida dos indivíduos, sendo fundamental a adoção de políticas públicas para estabelecer medidas de prevenção, acompanhamento e cuidado da saúde mental da população visto que, os impactos psicológicos ocasionados pela pandemia podem ter uma duração prolongada.

## **1.6 Justificativa**

Diante do que foi apresentado sobre a construção do conceito de vulnerabilidade social, os avanços e desafios para implementar políticas públicas eficazes para atenuar as desigualdade sociais e os impactos econômicos, sociais e de saúde ocasionados pela pandemia de covid-19, o presente trabalho, resultante da parceria do Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha, visa contribuir para esse campo de estudo, investigando os métodos

adotados pelo município nesse período, pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede Assistência Social (SUAS), para ofertar ações de cuidado para as pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar e analisar as estratégias em rede e de articulação intersetorial, utilizadas pela RAPS e o SUAS do município de Franco da Rocha durante a pandemia de Covid-19, para o cuidado psicossocial de pessoas vivendo situações de vulnerabilidade ou risco psicossocial.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Analisar as formas de organização dos serviços, fluxos de atendimento e lógica de cuidado propostos pela RAPS e o SUAS para atendimento e manejo das situações de empobrecimento, perdas de renda e perdas pessoais e cuidado psicossocial as situações de sofrimento mental durante a pandemia de Covid 19;
- Identificar as características da articulação entre a RAPS e o SUAS para o atendimento das necessidades psicossociais desses grupos;
- Conhecer as potencialidades e dificuldades na articulação entre essas redes durante a pandemia de Covid 19.

### 3 MÉTODO

Pesquisa qualitativa, foi realizado um estudo de caso no município de Franco da Rocha a partir da realização de entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender e aprofundar os conhecimentos sobre a totalidade dos fenômenos, fatos e processos que afetam indivíduos e grupos sociais, buscando compreendê-los a partir da perspectiva dos sujeitos da pesquisa. Ela concentra-se na identificação de significados, crenças, aspirações e valores que correspondem ao modo como os indivíduos expressam sua subjetividade diante do seu contexto sócio cultural. (GERHARDT; SILVEIRA 2009; SILVA et al. 2018).

O estudo de caso é uma estratégia para a realização desse tipo de pesquisa, é um estudo empírico que tem como finalidade coletar e sistematizar informações sobre um fenômeno a partir do seu contexto real. Possibilita a identificação, descrição e análise desses fenômenos, contribuindo para uma compreensão profunda e ampliada a partir de vários pontos de vista dos eventos investigados, o que pode contribuir para a construção de propostas de intervenção assim como, permite a apresentação de uma nova perspectiva sobre o fenômeno social investigado. (FREITAS; JABBOUR 2011; GIL, 2008). Um caso é “uma unidade específica, um sistema delimitado cujas partes são integradas”, contextualizado em determinado tempo histórico e lugar. (ALVES; ALDA 2006).

A entrevista é um dos principais instrumentos para a obtenção de dados no estudo de caso, é uma interação social que se estabelece por meio de um diálogo assimétrico no qual o participante se apresenta como fonte de informações para o pesquisador. Permite a apreensão de diversos aspectos da vida social dos indivíduos, seus modos de se relacionar e a linguagem e símbolos utilizados para interpretar e atribuir sentido aos fenômenos sociais. Propicia ao entrevistador uma flexibilidade posto que, pode adaptar-se às pessoas e contextos, oferecendo os devidos esclarecimentos aos participantes quando necessário para assegurar que está sendo compreendido assim como, os objetivos da pesquisa. (GIL, 2008).

A entrevista semi-estruturada é uma das modalidades desse instrumento de investigação, composto por perguntas abertas elaboradas a partir do objetivo da pesquisa, permite ao entrevistador explorar os assuntos de uma maneira mais aprofundada ao mesmo

tempo que possibilita ao participante refletir e se expressar acerca do tema questionado a partir de suas vivências e da construção da sua subjetividade.(GIL, 2008; MINAYO, 2010).

### 3.1 Participantes

Com base nos objetivos desse estudo, decidiu-se entrevistar profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) e da Secretaria Municipal da Assistência Social (SUAS) do município de Franco da Rocha. Foram entrevistados 15 profissionais divididos nas seguintes categorias:

- **Eixo RAPS:**

- a) **Atenção Básica:** 2 profissionais (A e B) do NASF e 2 profissionais (C e D) de UBS distintas;
- b) **Atenção Especializada:** 1 profissional (E) do CAPS Adulto; 1 profissional (F) do CAPS Álcool e outra Drogas, 1 profissional (G) do CAPS Infanto-Juvenil e 1 profissional (H) do Núcleo de Violência;
- c) **Gestão Municipal:** 1 articuladora de saúde mental (I).

- **Eixo SUAS**

- a) **Proteção Social Básica:** 2 profissionais (J e L) de CRAS distintos;
- b) **Proteção Social Especializada:** 1 profissional do CREAS (M) e 1 profissional (N) do Centro Pop;
- c) **Gestão Municipal:** 2 articuladoras da Secretaria de Assistência Social (O e P).

### 3.2 Instrumentos e Procedimentos

A partir dos objetivos do estudo, foram elaborados questionários semiestruturados para a coleta de informações dos atores sociais entrevistados (ANEXOS II, III, IV, V, VI, VII, VIII e IX). Devido às restrições sociais impostas pelo período da pandemia, não foi possível realizar as entrevistas de maneira presencial em conjunto com a observação direta do campo de estudo. As entrevistas foram realizadas de maneira remota pelas plataformas *Google Meet* e *Jitsi Meet* nos meses de setembro e outubro de 2021 com duração aproximada de 1h30 à

2h00. Foi encaminhado para o e-mail dos participantes uma via do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I). O termo foi lido no início de cada entrevista para que os profissionais declarassem o seu consentimento em participar do estudo, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise.

Para a construção do referencial teórico que deu sustentação aos objetivos e análise de dados foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados *Sciello*, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico onde foram selecionados textos e documentos referentes ao temas relacionados a este estudo: conceituação e caracterização da vulnerabilidade social e psicossocial, o papel e as estratégias de atuação da RAPS e do SUAS no cuidado psicossocial a esta população, o manejo e cuidado psicossocial previstos para a população em situação de vulnerabilidade social, o papel de cada rede no cuidado psicossocial à COVID 19 e a importância da articulação intersetorial e do trabalho em rede na atenção a pessoas em situação de vulnerabilidade social.

### **3.3. Análise dos Dados**

Após a leitura das transcrições, as entrevistas foram ordenadas sistematizadas entre a RAPS e o SUAS a partir de cada nível de atenção. Foi feita uma leitura vertical e horizontal que permitiu estabelecer comparações identificando homogeneidades e diferenças entre esses grupos e subgrupos. Os dados coletados foram subdivididos nas seguintes categorias de análise: a) Organização e funcionamento dos serviços do SUAS e RAPS durante a pandemia; b) Cuidado psicossocial ofertado para as pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade e risco social (manejo das situações de empobrecimento, perdas de renda e perdas pessoais; cuidado psicossocial as situações de sofrimento mental) e c) Trabalho em rede e articulação intersetorial.

Em cada um desses tópicos os critérios utilizados foram identificar similaridades, divergências, as dificuldades e potencialidades do trabalho em rede e da articulação intersetorial, dentro de cada rede, e entre as redes, para o cuidado da população em vulnerabilidade social. Após a sistematização foram apresentadas recomendações de estratégias que podem ser adotadas para apoiar e contribuir com os protocolos de cuidado psicossocial já estabelecidos pelo município.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), todos os preceitos éticos foram adotados, conforme Resolução 510, de 07.04.2016, sobre pesquisas em ciências humanas e sociais

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados serão apresentados em três eixos de discussão, a partir das categorias de análise apontadas anteriormente, e separadamente, na perspectiva dos profissionais do SUAS e da RAPS.

### **4.1 Organização e funcionamento dos Serviços do SUAS e da RAPS durante a pandemia.**

#### **4.1 A – Equipamentos do SUAS**

Considerados serviços essenciais pela Portaria Federal nº10.282/2020, os equipamentos das Secretarias de Assistência Social existentes no Brasil, permaneceram em funcionamento durante a pandemia. Para assegurar a continuidade da oferta de benefícios e programas socioassistenciais no país foram propostas medidas de segurança sanitária para os usuários e profissionais desta rede, tais como: suspensão das atividades coletivas, afastamento ou colocação dos profissionais do grupo de risco em teletrabalho, disponibilização de canais remotos para o atendimento e acompanhamento dos usuários, aumento de linhas telefônicas, utilização de aplicativos de mensagens e mídias sociais para comunicação e planejamento criterioso para que as visitas domiciliares bem como, a adoção do atendimento presencial fossem realizadas em casos extremamente urgentes. (LUCHESE, 2021; NOAL, 2020).

A partir dos dados obtidos nesta pesquisa, observou-se que a Secretaria de Assistência social de Franco da Rocha conseguiu adotar as medidas necessárias para a organização dos equipamentos garantindo o acesso ao cuidado socioassistencial e a continuidade dos atendimentos dos usuários dos serviços, como apontado pelas profissionais da gestão e da proteção social básica:

A assistência não parou, mas ela teve necessidade de se readequar a esse momento... foi suspenso todos os trabalhos que aglomerassem, que trabalhasse com grupos... criamos uma central de atendimento, nós tínhamos oito linhas atendendo a população e fazendo agendamento também. Então a população não deixou de ser atendida por conta dessas estratégias. (profissional O - gestão SUAS).

Nós estamos na linha de frente, fomos considerados trabalho essencial nesse momento, aqueles técnicos que estavam se sentindo mais

seguros, eles colocaram todo o equipamento, EPI, e fazia o atendimento no portão, chamava a família, perguntava como estava, se estava passando por necessidades, se estava faltando alimentos e levávamos na residência mesmo dessas famílias. Eu acho que isso daí foi uma estratégia que nós utilizamos para que eles não pudessem ficar totalmente abandonados, a mercê, porque quando a gente fala de redes sociais, fala de telefone, é fácil, mas a gente... nós pensamos e aqueles que não tem nem um tipo de acesso, sabemos onde estão, então, a gente fez isso. (profissional J - proteção social básica SUAS).

Esta profissional destacou que a decisão de realizar os atendimentos inicialmente pela “janelinha” do serviço até toda a equipe obter os equipamentos de segurança e posteriormente iniciar os atendimentos nas salas para os casos mais graves, resultou na organização de uma agenda de atendimentos que era algo que não realizavam antes da pandemia, estabelecendo o tempo de 15 minutos para que pudessem atender o maior número de usuários. Observou-se, portanto que além do respaldo das normas técnicas, os profissionais da assistência social do município adotaram estratégias próprias para assegurar o atendimento da população visando atenuar o agravamento das situações de vulnerabilidade social, bem como, amenizar as desigualdades ocasionadas pela falta de acesso à internet e meios de comunicação da população.

As profissionais da proteção social básica relataram que assim como ocorria antes pandemia, a principal forma de acesso da população aos serviços era a demanda espontânea. Destacaram que realizavam busca ativa no território a partir dos dados levantados pela vigilância socioassistencial, no entanto, devido à pandemia a prática foi suspensa. Com o retorno gradual das atividades estão retomando essa estratégia de rastreamento a população em situação de vulnerabilidade social no território:

A Secretaria de Assistência pegou uma lista daqueles que estavam no cadastro único, que a renda era zero e procuramos dar prioridade para essas famílias também na entrega de cestas básicas na residência. Então, eles não precisavam vir ao CRAS, somente por causa dessa alimentação e também essas famílias que estão nos grupos nossos que tem também tem mais de 200 famílias só no serviço de convivência, no todo aqui. Nós também demos prioridades também para entregar cestas básicas para essas famílias. Foram as estratégias que a gente viu naquele primeiro momento, as ações que caberiam a nós e que dava para conseguir atender. (profissional J - proteção social básica SUAS).

A participante da gestão do SUAS ressaltou que um dos principais desafios do setor foram os cortes de recursos financeiros destinados à assistência social pelo governo federal, o que ocasionou uma sobrecarga de responsabilidades na esfera municipal que se tornou responsável em garantir os recursos para que os serviços permanecessem em funcionamento.

Essa percepção não se restringiu apenas aos profissionais do SUAS, sendo também identificada por profissionais da RAPS do município:

Os serviços todos foram implantados, a questão é a dificuldade que a realidade, vamos dizer, do nosso estado, do nosso país são os cortes de recursos. Muitas vezes existe o desejo de... não de implantar mais serviço, mas, por exemplo, aumentar os recursos humanos dessas equipes, e com esses cortes de recursos para as pastas não sobra para a assistência social, mas para saúde, para educação. Nós estamos vivenciando um momento cada vez mais difícil, então os recursos são limitados. (profissional B - atenção básica RAPS).

Pode-se inferir que os cortes de recursos contribuíram para a precarização dos serviços socioassistenciais visto que, estes ficaram impossibilitados em investir na capacitação dos profissionais e aprimorar a adoção de estratégias para garantir a proteção social da população vulnerável, que permaneceu em constante crescimento assim como, impediu tem impedido a ampliação do número de funcionários para continuar garantindo o atendimento aos usuários.

#### **4.1 B – Equipamentos da RAPS**

No âmbito da RAPS, foi publicada a nota técnica nº12/2020 para estabelecer recomendações para a organização dos serviços no período da pandemia tais como: manter a continuidade das atividades assistenciais com manejo de crise, acolhimento das demandas incluindo a maior instabilidade emocional, em locais com circulação de ar e com distanciamento social evitando aglomerações; reavaliar os projetos terapêuticos singulares (PTS) em acompanhamento adotando outras estratégias para monitoramento do cuidado como contato telefônico e aplicativos de mensagens, suspender as atividades coletivas priorizando sua realização de maneira remota, reduzir as visitas domiciliares verificando a possibilidade de suspensão em alguns casos mas, assegurando a manutenção dos vínculos familiares e sociais. (BRASIL, 2020).

Constatou-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha adotou as medidas necessárias para assegurar que os equipamentos continuassem funcionando, possibilitando a continuidade do cuidado dos usuários:

No começo do ano, teve um momento que a gente teve que fechar tudo, mas a gente não pode fecha... então a gente acabou meio que funcionando da mesma forma, só nos preocupamos mais com os horários e com o distanciamento aqui dentro, com os protocolos internos, como adotamos as máscaras cirúrgicas para todo paciente que chega, o distanciamento, o acesso às dependências do CAPS,

então foram algumas coisas mais pontuais. (profissional E - atenção especializada RAPS).

As entrevistas indicaram que a maioria dos casos permaneceu em acompanhamento via telefone, e os atendimentos presenciais e as visitas domiciliares ocorreram em situações pontuais a partir da gravidade dos casos. Observou-se que assim como acontecia antes da pandemia, os usuários acessaram os serviços de atenção básica e especializada por demanda espontânea e pelos encaminhamentos resultantes da articulação intersetorial, a profissional da gestão RAPS relatou que a demanda espontânea ainda é a principal forma de acesso dos usuários aos serviços.

Em relação aos instrumentos de rastreamento das demandas, todos os profissionais da atenção básica pontuaram que mesmo com as restrições da pandemia as ações dos agentes comunitários (ACS) continuaram sendo a principal estratégia para identificação das demandas dos usuários no território. Um método adotado pelos agentes foi a realização de ligações periódicas para verificar se havia alguma necessidade que precisava ser atendida, e se era necessária alguma ação para a troca de receita daqueles que fazem uso contínuo de medicamentos. Em relação a essa prática, vale a pena ressaltar que apenas a troca de receitas muitas vezes não dá conta de uma atenção psicossocial personalizada a cada contexto e a cada situação de sofrimento mental.

Duas profissionais da atenção especializada relataram que articulação em rede e intersetorial tem sido a principal estratégia de rastreamento das demandas no território atualmente, ressaltando que estão sempre em diálogo com a atenção básica e o SUAS para definirem as estratégias de cuidado que serão adotadas. As buscas ativas foram suspensas devido a pandemia e ainda não retornaram. Em contraposição, outra participante da atenção especializada pontuou, que além da articulação intersetorial, foram criadas outras estratégias a partir dos protocolos de segurança para não suspenderem as buscas ativas no território, afirmou que o serviço já está funcionando normalmente e que todas as atividades atualmente ocorrem de maneira presencial. Observou-se dessa forma, que assim como ocorreu no SUAS, alguns profissionais da atenção especializada adaptaram as estratégias estabelecidas pelas portarias para garantir que as ações de cuidado e rastreamento permanecessem sendo ofertadas.

Com o avanço da cobertura vacinal da população contra a Covid-19 e o estabelecimento de protocolos para a retomada das atividades presenciais dos dispositivos da RAPS, profissionais tanto da atenção básica, atenção especializada e da gestão RAPS,

indicaram que um dos principais desafios do novo contexto para a organização dos serviços foi a retomada dos usuários a esses espaços pois, estes ansiavam que as atividades fossem realizadas como eram antes do período da pandemia, mas, isso ainda não estava sendo possível:

A gente acaba tendo essa resistência de eles virem para ficar uma, duas horas no grupo, para ficar com poucas pessoas, para ficar distante, para não abraçar, não beijar, não puxar, não ter a alimentação aqui. Então acaba que a gente tem essa dificuldade da adesão deles porque eles ainda querem voltar ao normal e muitos não entendem por que ainda está assim. Se tem vacina, por que que a gente ainda precisa seguir todos esses protocolos? E mesmo quando a gente explica, eles podem até entender, mas eles não aceitam. Não aceitam não ser desta forma. (profissional E - atenção especializada RAPS).

Outro desafio apontado por duas profissionais da atenção básica foi a percepção da necessidade de ampliação do quadro de funcionários das unidades básicas, por conta do aumento das demandas que estavam represadas em virtude do período de maior restrição social na pandemia que reduziu as consultas de rotina. Uma das profissionais relatou que continuaram realizando acolhimento, os atendimentos para pacientes hipertensos, diabéticos e que fazem uso de medicamentos controlados não foram suspensos, mas foi necessário estabelecer um espaçamento entre as consultas, atendendo de um a dois pacientes por hora, devido à alta demanda de Covid-19 do serviço.

Nota-se que assim como no âmbito da assistência social, os desafios apontados pelos profissionais da RAPS também estão relacionados a falta de recursos do governo federal destinados aos municípios para aprimoramento das estratégias do atendimento e cuidado ofertado como a ampliação do quadro de funcionários apontada pelos profissionais, o que aumentaria a capacidade de atendimento dos equipamentos garantindo que mais usuários estejam incluídos nas ações de cuidado e proteção social.

## **4.2 O Cuidado psicossocial ofertado para as pessoas vivendo em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial.**

### **4.2.1 Ações para o manejo das situações de empobrecimento, perda de renda e perdas pessoais.**

#### **4.2.1 A – Equipamentos do SUAS**

Em concordância com Janczura (2012) que aponta que as condições de pobreza configuram um risco social as situações de vulnerabilidade social, Semzezem (et al,2013) ressaltam que a concepção de pobreza não deve ser restringida a insuficiência de renda posto que, desencadeia outras situações de privações aos indivíduos no âmbito material e subjetivo ocasionando dificuldades em garantir condições dignas de sobrevivência assim como, interfere nos modos de viver e nas relações sociais dos indivíduos.

Um dos principais sintomas das condições de pobreza da população é a fome que vem aumentando de maneira exponencial desde o início da pandemia. Dados do Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de Covid-19 realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede Penssan) apontaram que até dezembro de 2020, 19 milhões de brasileiros passaram fome. Tal estudo identificou que 55,2% dos domicílios vivenciaram alguma situação de insegurança alimentar nesse período, e o país retornou ao mapa da fome. (SANIELE, 2021).

De acordo com Freitas; Pena (2020) a fome e insegurança alimentar é resultante de um longo processo histórico de desigualdade econômica e social, e o aumento da fome no território de Franco da Rocha foi observado no âmbito do SUAS com o crescimento da solicitação do benefício eventual de cestas básicas, sendo apontado por todos os profissionais como a principal demanda dos serviços atualmente. Ofertado pelo CRAS, os benefícios eventuais têm como objetivo restaurar e garantir a proteção social de indivíduos e famílias para enfrentarem situações provisórias de vulnerabilidade em decorrência ou agravadas por mortes, nascimentos, calamidades ou vulnerabilidades temporárias que podem resultar em vivências que causem danos, perdas e riscos ao seu cotidiano impossibilitando temporariamente seu acesso a condições dignas que garantam sua sobrevivência. (BRASIL, 2018).

Garantir o acesso à alimentação dos usuários foi uma das principais estratégias de cuidado do SUAS nesses últimos dois anos com objetivo de mitigar as situações de empobrecimento e perda de renda da população acentuada no período da pandemia. O fluxo de cuidado nestes serviços se inicia no acolhimento das famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social para identificação de suas necessidades. As famílias são inseridas no Cadastro Único (CADÚNICO), instrumento da assistência social que identifica famílias em situações de vulnerabilidade e extrema pobreza, e a partir da avaliação inicial do técnico são inseridas para receber os benefícios eventuais. Tais famílias também podem ser incluídas em programas socioassistenciais como o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) que tem

como objetivo fortalecer os vínculos familiares e comunitários e o Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que é complementar ao PAIF e realizado a partir da formação de grupos de acordo com a faixa etária ou demandas, ambos são ofertados pelo CRAS. (BRASIL, 2009b; BRASIL,2011b).

Uma das profissionais da proteção social básica destacou que no início da pandemia a ação da sociedade civil em realizar doações de alimentos foi fundamental para assegurar o atendimento dos usuários que aumentou de maneira significativa, no entanto, ressaltou que o número de doações foi reduzindo significativamente enquanto a demanda permaneceu em aumento representando 90% dos atendimentos do CRAS, o que tem gerado preocupação, frustração e sensação de impotência aos trabalhadores, como relatou a profissional:

Eu falo que é uma situação angustiante para nós sabermos a necessidade dessa família e você não ter como resolver, porque não depende somente de você, depende de o governo federal contemplar essas famílias e eles... acaba sentindo, assim, a assistente social vai resolver o meu problema, agora eu vou conseguir e não depende de nós. O auxílio que a gente fala que é considerado... que é a cesta básica, não é um auxílio que a gente fala que é pontual, é um auxílio emergencial e que nem sempre temos aquela quantidade para que possamos atender a todos que nos procuram para alimentação. (profissional J – proteção social básica SUAS).

Os profissionais do SUAS identificaram uma significativa perda de renda na população no território, o que comprometeu o pagamento de contas básicas e a manutenção da moradia. Uma participante da proteção social básica afirmou que muitos trabalhadores informais, como os vendedores ambulantes cadastrados no serviço, ficaram impossibilitados de trabalhar na pandemia, relatando que houve um grande impacto econômico na vida desses usuários observando que a necessidade de acesso ao auxílio aluguel e vale gás aumentou consideravelmente no município, exigindo que mais pessoas fossem cadastradas no CADÚNICO para ter acesso a esses benefícios:

A quantidade de pessoas que vieram solicitar o auxílio emergencial, o vale gás, que ficaram sabendo que só poderiam ter acesso ao vale gás aqueles que tinham o cadastro único. Então, para eles o que é esse cadastro único? Que não tinham acesso, então, isso daí aumentou muito, muito, muito, muito. É aquilo que eu te falei, mais de mil pessoas desse ano, do ano passado para cá. (profissional J - proteção social básica SUAS).

Um aspecto destacado pela profissional da proteção social básica que têm gerado preocupação aos profissionais é o fato que a assistência social perdeu o programa renda cidadã e há 2 anos o programa bolsa família não está fazendo a contemplação de novas

famílias. A profissional da gestão do SUAS pontuou que a assistência social não participou das discussões para a implementação Auxílio Emergencial:

O Auxílio Emergencial, que deveria estar na assistência social, era feito no aplicativo e nós da assistência social não tínhamos acesso a que famílias, depois de quatro meses é que a gente conseguiu receber uma relação, porque a relação do Ministério foi direto para a Caixa e não com a assistência social. (profissional O – gestão SUAS).

Dessa forma, observou-se que a retirada da assistência social do papel de condutora da implementação do programa para auxiliar a população em situação de vulnerabilidade no enfrentamento da pandemia, resultou em diversas denúncias de irregularidade no acesso ao benefício. Ao não manter os repasses financeiros para a manutenção dos programas socioassistenciais, o governo federal atua em prol da precarização e do desmonte das políticas assistenciais contribuindo para ampliar o cenário de vulnerabilidade e desigualdade social que segue em aumento exponencial no país.

Recentemente foi implementado o programa Auxílio Brasil em substituição ao Bolsa Família. Novamente a assistência social e a sociedade civil não participaram das discussões sobre os impactos que tais mudanças poderiam ocasionar. O governo federal não apresentou dados que assegurem que esse programa será efetivo na proteção social dos indivíduos que já eram contemplados pelo Bolsa Família, assim como sobre propostas para os indivíduos que tiveram suas situações de vulnerabilidade social acentuada devido à crise sanitária e econômica que o país vivencia.

A desaceleração do crescimento econômico aliada ao desmonte das políticas públicas e sociais que permanece em andamento, aprofundou as situações de vulnerabilidade social e pobreza que já eram vivenciadas por muitas famílias. O aumento no número de desempregados e a alta nos preços dos alimentos contribuíram para a configuração de um novo cenário de vulnerabilidade temporária para alguns indivíduos e famílias que tiveram seu poder de compra reduzido perdendo acesso aos meios de subsistência como o alimento e moradia. (SILVA et al. 2020). Segundo uma profissional da gestão do SUAS, houve um acréscimo de 40% no público do CRAS acredita que esse aumento está relacionado ao crescimento da vulnerabilidade temporária no território. As profissionais da proteção social básica consideraram que a população que precisou acessar o CRAS pela primeira vez aumentou consideravelmente, o que contribui para este serviço se tornasse uma importante referência para orientações e acesso a direitos nesse período. O Auxílio Emergencial

estabelecido pelo governo federal também contribuiu para essa procura, no entanto, observaram algumas dificuldades em atender esse novo perfil:

O que foi mais difícil e que ainda está sendo para nós, é trabalhar com o novo público, eles não tinham acesso aos CRAS, não sabia o que era CRAS...então, para eles está sendo difícil, porque para eles é muito constrangimento, para eles é humilhação ter que procurar assistência, ter que passar por uma avaliação social, eles relatam “Eu recebia dois mil, eu nunca precisei disso, eu nunca precisei da assistência”. Para eles é muito... chegava assim e falava: “Eu só vim aqui buscar minha cesta”. Como se fosse o CRAS, só fosse para cesta básica e não o local onde ele pudesse acessar outros direitos que ele perdeu durante essa pandemia. (profissional J – proteção social básica SUAS).

Esta profissional destacou que os trabalhadores têm buscado ter mais sensibilidade ao atender essa população, salientando a importância desses atendimentos para apontar saídas para as situações que os usuários estão vivenciando. Carmo; Guizardi (2018) destacam que as políticas assistenciais devem estar pautadas no reconhecimento das potencialidades dos indivíduos como sujeitos de direitos, em que além do fortalecimento para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade devem auxiliar seus usuários a descortinar as implicações estruturais sociais, econômicas e políticas que culminaram nesse contexto de desigualdade e injustiça social.

Nesse sentido, nota-se a importância do papel do SUAS para atenuar o cenário de vulnerabilidade social crescente na pandemia, sendo fundamental além da destinação de recursos para ampliar a capacidade de atendimento da população e a implementação de políticas públicas para garantirem o acesso a alimentação, renda e proteção social a população vulnerável, o estabelecimento de espaços de participação para que os usuários não atribuam a esse ambiente apenas o papel de conceder benefícios, mas, que compreendam que esses dispositivos de enfrentamento operam para a defesa dos seus direitos.

De acordo com os profissionais, as mulheres permaneceram sendo as principais usuárias dos serviços no contexto da pandemia do SUAS do município de Franco da Rocha, sendo que uma das profissionais apontou um predomínio de mulheres pardas. A pesquisadora Renata Silveira na sua participação no evento ONU Mulheres realizado em agosto de 2020, ressaltou que as mulheres negras são o principal público dos serviços de assistência social no Brasil. Afirmou ainda, que de acordo com os dados do CADÚNICO, em 2018 mais de 90% das responsáveis familiares dos programas socioassistenciais eram mulheres negras, o que evidencia que o advento da pandemia aprofundou esse cenário de vulnerabilidade social e de gênero que já era vivenciado pela população negra. (ONU MULHERES BRASIL, 2020).

Um dado que obteve destaque para os profissionais da proteção social básica e da gestão do SUAS, foi o aumento do benefício eventual do auxílio funeral, que tem como objetivo garantir um funeral digno e auxiliar no enfrentamento de vulnerabilidades que podem ocorrer ou serem intensificadas após a morte de um membro familiar. (BRASIL, 2018). Segundo uma profissional da proteção social básica houve um aumento da procura de homens ao serviço para se tornarem os responsáveis familiares e terem acesso aos benefícios socioassistenciais que estavam no nome de suas esposas que faleceram em decorrência da Covid-19, observou que ainda há muitas famílias enlutadas, o que indica a importância de estabelecer estratégias de acolhimento e acompanhamento a essas famílias.

As consequências psicossociais ligadas ao luto por perda de familiares, são de natureza transversal e associadas ao bem-estar humano, e deveriam ser abordadas de forma conjunta e articulada entre profissionais do SUAS e da RAPS, uma linha de cuidado nessa direção poderia ser desenvolvida no município. É fundamental o estabelecimento de estratégias intersetoriais de apoio social e psicológico a essas famílias enlutadas aliadas a concessão dos benefícios visto que, além dos impactos econômicos, a morte de um membro familiar em decorrência da Covid-19 tem um alto impacto emocional principalmente pela impossibilidade de realizar rituais de despedida devido às restrições sociais. Lopes et al. (2021), destacam que diante da inexistência de uma política nacional de atenção ao luto, uma importante estratégia além do cuidado psicossocial e do fortalecimento das redes de apoio, é que os membros da família encontrem maneiras de homenagear seus entes queridos, e que, embora esse recurso não substitua os rituais tradicionais pode contribuir para que as pessoas consigam se apoiar e se despedir dos seus familiares.

#### **4.2.1 B – Equipamentos da RAPS**

Na esfera da RAPS observou-se que alguns profissionais tiveram a percepção que as demandas de empobrecimento e perda de renda impactaram o cotidiano dos usuários e provocaram mudanças no perfil dos serviços. Dois profissionais da atenção básica relataram que houve um aumento das situações de fome e desemprego no cotidiano dos usuários, ressaltaram que muitos já estavam sendo acompanhados pelos equipamentos da assistência social, mas, quando percebiam uma necessidade dos usuários em relação a essas questões que não estavam sendo acompanhados por estes equipamentos, faziam o direcionamento para o SUAS. Uma das profissionais da rede básica relatou que iniciou uma campanha durante a vacinação de Covid-19, solicitando que aqueles que pudessem, ao irem se vacinar doassem

um alimento, e da mesma forma, as famílias que necessitarem de mantimentos, se inscrevessem na recepção do serviço para receber essas doações. Considerou que tal iniciativa deu certo e conseguiram arrecadar uma grande quantidade de alimentos.

Nota-se que as ações para atenuar as situações de fome e carências sociais apesar de serem destinadas ao mesmo público entre a RAPS e o SUAS, não foram elaboradas e implementadas de forma articulada como uma política municipal mais abrangente, sendo realizadas de modo mais informal e não institucionalizado na RAPS. Essas ações dependeram mais da percepção de cada profissional sobre a importância de tais ações, sendo importante fortalecer essa comunicação entre as redes para que sejam desenvolvidas ações em conjunto que visem o cuidado integral e a proteção social de seus usuários.

Na atenção especializada, também ficou evidente a mudança do perfil da população atendida e de suas necessidades por conta do empobrecimento, perdas sociais e necessidades econômicas como indicado pela profissional da atenção especializada:

Com a pandemia aumentou a questão do desemprego, da necessidade. Uma coisa que eu observei e fiz até o comentário, na pandemia nós tivemos as pessoas com maior vulnerabilidade, cadastradas no sistema, no CadÚnico, mas tinha pessoas de uma classe, eu diria até muito parecida com a minha, não é, social, que não estão com perfil para cadastro único de acordo com vulnerabilidade social, mas perderam os seus empregos, essas pessoas ficaram sem eira e nem beira mesmo. Esse perfil chegou muito aqui no CAPS...eles não têm uma grande vulnerabilidade social não, mas eles têm essa necessidade, essa condição de perda do emprego ou não sair de casa, ter que ficar com os pais, houve sim esse aumento, e é o álcool, a maioria deles veio com um forte indício de uso abusivo do álcool. (profissional F – atenção especializada RAPS).

Nota-se que a vulnerabilidade temporária também ocasionou demandas de sofrimento mental na população, observando que o álcool se tornou um mecanismo de apoio para o enfrentamento dessas situações de isolamento, privação e dificuldade interpessoais. Esta profissional apontou que uma das dificuldades para o atendimento desses novos usuários com um novo perfil socioeconômico, foi o fato de que eles preferiam ser atendidos de maneira individual para não se misturarem com os outros usuários que já estavam em atendimento no serviço. Ela destacou a importância de adotar uma postura mais acolhedora para que as ações de cuidado com esses novos usuários sejam efetivas. Pelas entrevistas com os profissionais da RAPS pode-se perceber, que assim como, no âmbito do SUAS, a vulnerabilidade temporária tem exigido que os profissionais envolvidos com a saúde mental adotem novas estratégias de acolhimento para assegurar o cuidado dessa população.

Outra entrevistada da atenção especializada, relatou o aumento das situações de vulnerabilidade a partir do acompanhamento dos casos de autismo, que é uma das principais demandas do serviço. Com as ações de cuidado, notou que as famílias também precisavam ser incluídas na assistência social, pois houve um aumento de mães solteiras no serviço que necessitavam de laudos médicos para que pudessem solicitar os benefícios socioassistenciais, uma vez que eram, as principais cuidadoras das crianças, e, portanto, ficavam impossibilitadas de trabalhar.

De acordo com Carmo; Guizardi (2018), as ações de saúde devem reconhecer as conjunturas macrossociais e a partir desse contexto estabelecer um cuidado integral identificando as demandas e necessidades dos indivíduos. Observa-se que embora as ações de cuidado e garantia de direitos em relação ao empobrecimento e perda de renda da população estejam inseridas no âmbito da assistência social, essas situações também atravessaram os equipamentos da RAPS o que exigiu que seus profissionais de alguma forma buscassem uma interlocução com os serviços do SUAS, visando a inserção dessa população em políticas socioassistenciais.

#### **4.2.2 Cuidado psicossocial às situações de sofrimento mental**

##### **4.2.2 A – Equipamentos da RAPS**

O incremento de situações de sofrimento mental durante a pandemia no território de Franco da Rocha foi observado no âmbito da RAPS principalmente com o crescimento dos casos de ansiedade e depressão. Crises de ansiedade foram apontadas por todos os profissionais dessa rede como uma das principais demandas dos serviços atualmente:

Muitos pacientes da qual a gente sempre atendeu, a gente notou muita ansiedade, foi desenvolvido um quadro de pessoas que começaram a usar um tipo de medicamento da qual não se utilizava...A gente notou muita ansiedade...teve pessoas que chegaram a vir até a unidade com medo de morrer, que achava que ia morrer, a psicóloga foi um dos profissionais que em momento algum ficou afastado, ela sempre esteve presente em toda a pandemia. A gente teve essa demanda de pacientes que começaram a usar algum tipo de ansiolítico, algum tipo de medicamento para ajudar a dormir, para ajudar a tirar a ansiedade, aumentou muito significativo mesmo. (profissional C – atenção básica RAPS).

A ansiedade é caracterizada como uma apreensão em relação ao futuro e as situações vivenciadas pelo indivíduo. Cabe ressaltar que embora seja uma reação comum ao ser

humano, auxiliando em situações de adaptação ou medo, quando ocasiona sofrimento mental e prejudica a vida ocupacional e social dos indivíduos em decorrência dos sentimentos de angústia, irritação, insônia em conjunto com sintomas físicos como: taquicardia, dores musculares, tremores, desconforto respiratório ou sensação de asfixia. É importante que tal situação seja compreendida para que se estabeleçam ações psicossociais de cuidado para esse indivíduo. (DALGARRONDO, 2000).

Em relação ao fluxo de cuidado observou-se que o acolhimento, enquanto ferramenta de organização do cuidado e da atenção é sempre a primeira ação ofertada, tanto pela atenção básica como pela atenção especializada em saúde mental do município, quando os usuários chegam às unidades. Esta prática consiste em estabelecer uma escuta qualificada às necessidades do usuário, para assegurar seu acesso e inserção na unidade, garantindo uma avaliação de sua vulnerabilidade, gravidade e risco. Este acolhimento, pode ser realizado por todos os profissionais das equipes de saúde, sendo um importante instrumento terapêutico para a construção de relações de confiança e vínculo entre os usuários e profissionais. (BRASIL, 2015b).

Todos os profissionais ressaltaram que a partir das necessidades identificadas no acolhimento, definem a estratégia de cuidado que deve ser estabelecida que pode resultar no agendamento de uma consulta no serviço ou no encaminhamento dos usuários para os equipamentos da rede, destacando que nesses casos permanecem acompanhando para verificar o andamento do cuidado, como aponta a participante da atenção especializada:

Se chega um paciente para a gente, buscando o nosso serviço inicialmente, mas ele está em crise, ele vai ser encaminhado para a UPA para estabelecimento. Se for uma crise mais tranquila de um paciente que a gente já acompanha e o médico estiver no dia, a gente busca estabelecer aqui...Nós temos também recebido casos de pacientes que só querem atendimento psicológico, então a gente acolhe, explica como é o nosso serviço, qual a demanda do CAPS e aí direciona esse caso para a UBS.(profissional E – atenção especializada RAPS).

Uma profissional da atenção básica afirmou que com a definição dos protocolos de segurança para a realização das atividades presenciais, o serviço retornou as atividades em grupos, embora ainda sejam organizadas com um número restrito de participantes. Atualmente 75% da agenda está destinada a grupos para o manejo do sofrimento mental comum, considerou que as ações estão sendo efetivas.

Assim como foi apontado no SUAS, os profissionais entrevistados da atenção básica destacaram que as demandas de luto tiveram um aumento significativo. Uma das profissionais relatou que a principal estratégia adotada para atender essas situações é não estabelecer fila de espera e fazer um acolhimento inicial desses usuários, e em casos graves é feito o encaminhamento para a atenção especializada. Outra profissional da rede básica, considerou que além do luto provocado pelas perdas familiares, há muitos casos de usuários que não conseguem lidar com essas situações pois sentem-se culpados por terem sido meios de transmissão. Por este motivo, uma profissional da atenção básica destacou a importância da atuação da psicóloga do NASF na unidade básica para o cuidado dessa demanda, apontada por todas como um dos principais desafios do serviço atualmente.

Em concordância com Castro et al. (2021) que salientam que os impactos psicológicos ocasionados pela pandemia podem ter uma duração prolongada, Malta et al. (2020b) ressaltam que além das estratégias de enfrentamento para a contenção da pandemia, é fundamental assegurar uma assistência adequada a saúde mental da população a partir de estratégias de promoção e cuidado a curto, médio e longo prazo com objetivo de prevenir e reduzir o sofrimento mental sendo fundamental incluir ações de cuidado para o luto. Nota-se que a atuação da RAPS foi fundamental para assegurar que a população em condições de sofrimento mental fosse incluída em protocolos de cuidado, sendo importante garantir o fortalecimento dos seus serviços para que sigam atenuando as implicações negativas ocasionadas por esse período as condições psicológicas da população.

Um aspecto que foi apontado por todos os profissionais para o crescimento das demandas de saúde mental nos serviços foi o fechamento do pronto socorro psiquiátrico do Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM) que oferecia atendimento ambulatorial a pacientes com condições psiquiátricas ou em decorrência do uso de substâncias psicoativas. Relataram que a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) se tornou a principal referência para as situações de crise o que ocasionou uma mudança no atendimento dessas demandas no território, os equipamentos tiveram que adotar estratégias de reorganização do cuidado, como indicado na colocação da profissional da gestão:

Mensalmente a gente pega uma lista da UPA, todo final do mês a UPA manda para a gente todos os pacientes psiquiátricos que eles atenderam, quantos pacientes deram entrada. Aí a gente faz o levantamento de onde ele é, onde ele é atendido, porque ele foi para a UPA, o que está acontecendo, faz busca ativa, encaminha para a básica. Mensalmente a gente está fazendo isso. (profissional I – gestão RAPS).

A profissional afirmou que acredita que os profissionais da UPA não se sentem confortáveis e não tem uma estrutura adequada para realizar esses atendimentos. Embora todos os serviços sejam portas abertas, os participantes relatam que a atenção especializada e os serviços de emergência ainda são os principais locais que os usuários buscam para atendimento em saúde mental, o que pode estar relacionada a uma característica do território de Franco da Rocha que ainda vivencia alguns estigmas devido a influência da cultura psiquiátrica que constituiu a cidade, sendo importante fortalecer o papel da atenção básica no cuidado em saúde mental a população.

As ações de cuidado para o sofrimento mental causado por esse momento histórico, devem sempre ser abrangentes e de natureza psicossocial, incluindo a subjetividade dos indivíduos envolvidos, o trabalho com os recursos pessoais e sociais disponíveis, e a interferência positiva na situação de vida das pessoas. Apesar da retomada de algumas atividades coletivas nos equipamentos das RAPS aliadas a continuidade dos atendimentos individuais, deve-se atentar para que a atenção em saúde mental ofertada no município não seja reduzida a um cuidado medicalizado, focado na redução dos sintomas e no atendimento individual. Este tipo de cuidado não está alinhado com a Política de Saúde Mental que preconiza uma atenção psicossocial e a integralidade no cuidado. Uma articulação entre as redes de atenção à saúde mental e do SUAS poderia contribuir para os profissionais de saúde mental desenvolverem estratégias de cuidado mais transversais, e abrangentes, que atuassem para diminuir a vulnerabilidade social dos usuários, ajudando-os a melhorar suas condições de vida e contextos interpessoais.

Assim como no âmbito do SUAS, as mulheres permaneceram sendo o principal grupo populacional atendido pela atenção básica. As profissionais da atenção especializada relataram que houve uma mudança no perfil dos usuários nesse período de pandemia, havendo um predomínio de jovens com faixa etária de 25 a 30 anos, uma das participantes destacou que a maioria é de etnia branca.

No que se refere a percepção dos profissionais da RAPS sobre a relação do aumento dos casos de sofrimento mental com as situações de vulnerabilidade social vivenciadas pelos usuários, alguns profissionais afirmaram não estabelecer essa correlação, embora alguns participantes tenham relatado anteriormente que perceberam o aumento das situações de vulnerabilidade entre os usuários dos serviços. Essa concepção pode estar correlacionada ao fato que, segundo alguns profissionais, a cidade de Franco da Rocha é constituída

majoritariamente por uma população vulnerável, o que pode indicar que estejam inferindo que todo usuário da rede já vivencia alguma situação de vulnerabilidade social.

Assim, a partir da concepção de Pinheiro et al. (2009) que destacam que a vulnerabilidade social é um fenômeno complexo e multifacetado, e que a vivência dessas situações ocasionam sofrimento psíquico para esses indivíduos, pode-se inferir que o aumento das demandas de sofrimento mental representada pelos casos de ansiedade no território de Franco de Rocha podem estar relacionadas ao crescimento das condições de vulnerabilidade social vivenciadas nesse período pela população.

Ressalta-se a importância de resgatar a concepção dos fatores multicausais da vulnerabilidade social bem como, a compreensão da multicausalidade do processo saúde-doença a partir dos determinantes sociais de saúde definida por Buss; Filho 2007, para que não ocorra uma naturalização na percepção das condições de vulnerabilidade social e os impactos que ocasiona nos modos de vida dos indivíduos, assim como, uma compreensão que o termo esteja restrito apenas a situações de extrema pobreza, o que pode não abranger os contextos de vulnerabilidade temporária que têm sido crescente no território.

Semzezem (et al,2013) apontam que a individualização da vulnerabilidade é um dos principais riscos as práticas de cuidado oferecidas pelas redes de atenção pois, mantém intactas as relações políticas, econômicas e sociais que sustentam esse fenômeno, sendo essencial acolher as vulnerabilidades dos indivíduos não para incapacitar ou estigmatizá-los, mas, fomentar processos de transformação e enfrentamento não apenas nos campos da assistência mas na saúde e em todos os setores onde a vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e desigualdade social.

#### **4.2.2 B – Equipamentos do SUAS**

Na esfera do SUAS as profissionais da proteção social básica destacaram que as demandas de saúde de mental têm sido frequentes no relato dos usuários dos serviços, como apontou as profissionais da proteção social básica:

Vamos pensar em uma mãe que tinha como retaguarda para essa criança a educação, onde ela toma o café da manhã, aonde ela faz a refeição do almoço e sai, muitas vezes, com a refeição da janta. Ela está ali dentro daquele espaço, sem trabalho, que mexe com toda a questão emocional dela, olhar ali os seus filhos pedindo alimento e ela

não poder dar, é um sofrimento muito grande. (profissional L – proteção social básica SUAS).

Problemas de saúde mental, um público muito grande que nos procura...É assim, quando chegam aqui esse mental, normalmente tem a ver com... um pouco, com álcool, drogas e acaba afetando a parte mental mesmo da pessoa ou aqueles que desencadearam problemas mentais, tendo início de depressão. (profissional J - proteção social básica SUAS).

As profissionais relataram que a principal estratégia ao perceberem uma demanda de sofrimento mental era realizar o acolhimento, e a partir das necessidades identificadas efetuar os encaminhamentos para os serviços da RAPS. Afirmaram que permanecem acompanhando os usuários verificando se estão frequentando estes equipamentos, no entanto, perceberam que alguns usuários tinham pouco conhecimento sobre esses serviços, e até um preconceito, pois, afirmavam que não precisavam desse atendimento pois, não estavam loucos. Uma das profissionais destacou a importância de estabelecer algumas estratégias para desfazer esses estigmas em torno da saúde mental:

A gente percebe aqui, das famílias, que algumas famílias que nunca passaram por um CAPS e que acham que a gente só está fazendo esse encaminhamento porque está achando que ela está louca, a gente fala: Não, isso é para fortalecer a sua mente, para que você possa ver que há possibilidade, há caminhos, sim. Vamos juntos, nós estamos com vocês. Então, eles acabam... a gente começa a desmistificar esse olhar para quebrar esse tabu mesmo. (profissional J – proteção social básica SUAS).

Segundo Tonini; Barbosa (2017), um dos fatores que ocasiona agravos na relação entre vulnerabilidade social e saúde mental são ações que não consideram os usuários sujeitos de direitos, no qual além de vivenciarem ambientes vulneráveis e estigmatizadores que acirram o sofrimento psíquico. As demandas de sofrimento psíquico ocasionadas pelas situações de vulnerabilidade acentuadas nesse período, não devem ser naturalizadas e nem ignoradas.

Observa-se, que, embora as ações para o cuidado em saúde mental sejam atribuídas a RAPS, o aumento do sofrimento mental da população também atravessou os equipamentos do SUAS, exigindo que os profissionais adotassem ações de cuidado para além da garantia da proteção social dessa população. Isso mostra a importância de se estabelecer diálogos mais frequentes entre o SUAS e a RAPS tanto para pactuar e clarear as linhas de cuidado para as demandas psicossociais, como para ambas as redes esclarecerem e conhecerem os papéis e a

importância de cada serviço. Este alinhamento entre as redes pode contribuir também para uma divulgação mais precisa das ações ofertadas por esses pontos de atenção para os usuários.

Os cidadãos em situação de vulnerabilidade social devem ter acesso aos serviços e as diferentes abordagens de cuidado existentes em ambas as redes de forma a garantir o seu bem-estar físico, social e mental. Assim, o aumento significativo das demandas de saúde mental indica a urgência de se estabelecer medidas e políticas públicas a curto, médio e longo prazo que assegurem esses múltiplos cuidados para a população.

### **4.3 Trabalho em Rede e Articulação Intersetorial**

#### **4.3.1 Trabalho em rede**

A partir da análise das ações de cuidado oferecidas pelo SUAS e a RAPS para a população em situação de vulnerabilidade social, observa-se a importância do trabalho em rede e da articulação intersetorial para assegurar a integralidade do cuidado dos usuários.

Segundo Chiaverini (2011), rede é algo que sempre une, entrelaça, interconecta, comunica e vincula através da ligação de seus pontos, quando bem instrumentalizada permite uma visão ampliada tanto dos equipamentos que a compõem como dos indivíduos que acessam esses serviços melhorando a resolutividade da atenção.

#### **A - SUAS**

No âmbito do SUAS constatou-se que os serviços buscaram estabelecer ações conjuntas de cuidado entre os equipamentos da rede. Todas as profissionais entrevistadas julgaram o trabalho em rede essencial para a efetividade das ações, e disseram acessar outros equipamentos da rede se necessário, como apontado pela profissional da proteção social básica:

Eu acho, assim, o trabalho em rede, a gente sempre discute aqui nas nossas reuniões, ele é fundamental para que possamos concretizar o nosso trabalho...Quando a gente recebe essa família que a gente percebe que há as violações de direitos e que a gente encaminha para a rede, a gente acredita que a rede vai também desenvolver o seu trabalho, para que possamos, realmente, conseguir atingir o objetivo que a gente planejou para aquela família. Então, nós aqui acreditamos, sim, no nosso trabalho em rede. (profissional J – proteção social básica SUAS).

As profissionais da proteção social relataram que, ao perceberem alguma violação de direitos ou situações de violência nas famílias que procuram o serviço ou já estão inseridas nos programas ofertados pelo CRAS como o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) e o Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), imediatamente acionam o CREAS serviço da proteção social especializada para que o trabalho seja estabelecido em rede. No entanto, não perdem contato com as famílias referenciadas que já possuem vínculo com essas unidades:

A gente referencia essa família para o CREAS, mas paralelo a isso, a gente também fica na retaguarda no PAIF, a gente faz essa ponte com o CREAS... A gente percebe que essas famílias têm sempre vínculo com os técnicos do CRAS, devido a família já estar referenciada, já ter passado por alguns atendimentos pontuais, então, essa família acaba criando um pouco desse vínculo com o CRAS. Então, a gente acaba passando para lá, porque houve, aconteceu isso e a gente acredita que o trabalho que o PAIF vai fazer, vai fortalecer novamente para que ela possa dar continuidade aqui nessa proteção. (profissional J – proteção social básica SUAS).

Como nós só temos um CREAS aqui no nosso município, quando a gente percebe alguma coisa de violações de direitos, a gente faz o encaminhamento, a gente conversa com a coordenadora. Só que como estamos tão assim tudo muito fragilizado, é aquilo que eu falei no início para você, a gente fica também fazendo aquele acompanhamento através do PAIF, está sabendo que já foi referenciado para o CAEF do CREAS, mas a gente fica monitorando. (profissional L - proteção social básica SUAS)

Observa-se que além importância de estabelecer linhas de cuidado entre os equipamentos da rede, manter os vínculos construídos pelos usuários com os profissionais de referência de cada serviço tem sido uma estratégia de cuidado fundamental pois, além de auxiliar no fortalecimento de vínculos dos usuários com os equipamentos, contribui na produção de corresponsabilização de ambos no cuidado ampliando a resolutividade das estratégias adotadas. As reuniões para discussões de caso são apontadas pelas profissionais como um importante instrumento para a pactuação de ações. A profissional da gestão afirmou que considera o trabalho em rede do SUAS sinérgico, em concordância uma das participantes da proteção social básica ressaltou que, assim como está acontecendo com outros setores, a assistência social também tem dificuldades em atender a todas as demandas desse período, mas, pontuou que o trabalho segue sendo desenvolvido de modo efetivo. Todas as profissionais destacaram não haver dificuldades nos fluxos de cuidado entre os equipamentos do SUAS.

## B- RAPS

Na esfera da RAPS, constatou-se que os profissionais também estabeleceram ações de cuidado entre a rede durante a pandemia. Todos os níveis de gestão pontuaram que o trabalho permaneceu ocorrendo entre os equipamentos apesar das dificuldades desse momento, a profissional da gestão ressaltou sua importância:

Não existe trabalho da saúde mental isolado, o trabalho ele é coletivo, o trabalho ele é intersetorial, se não houver a rede, se não existir a rede a gente não consegue trabalhar. Eu acho que é um olhar muito importante que a gente tem que ter como profissional dessa extensão de trabalho, de projeto terapêutico, enfim. Porque você não consegue trabalhar nenhum paciente se você não aciona a rede. Então o trabalho da saúde mental ele não acontece sozinho e não acontece isolado, nós não somos um núcleo que não se fala. (profissional I – gestão RAPS).

Em concordância com esses apontamentos, uma profissional da atenção básica destacou que existe um bom diálogo atualmente na rede, mas, não é algo institucionalizado, ocorre de maneira informal a partir do contato interpessoal de cada caso. Afirmou que uma prática que estabeleceu é não esperar por grandes espaços de conversa formalizados entre os serviços criando pequenos encontros a partir da demanda:

A gente faz contato direto: Estou mandando para você, estou com uma paciente, assim... manda aqui para mim tal dia. Eu estou com um paciente aqui, usuário de drogas, ele me procurou, ele quer ajuda. Se ela está no setor ela já manda: Ele pode descer? Não pode. Pede para vir amanhã. O CAPS é a mesma coisa, então, a gente muito contato também via telefone, gestor para gestor, isso é muito rápido também. Só o que demora, às vezes, coisa de uma semana é quando a gente tem que fazer reunião intersetores. Mas é só isso que demorar, mas quando o paciente vem e procura, dependendo da demanda do que ele quer, a gente consegue fazer muito rápido. A gente tem uma rede forte. (profissional A -atenção básica RAPS).

Nesse sentido, a articulação não é institucionalizada, mas é viva e presente na visão dos profissionais. Ela acontece no micro, e segundo esta profissional está fluindo melhor dentro da rede. O mesmo aspecto também foi apontado por uma das participantes da atenção especializada:

É engraçado, a gente fala de articulação, como que acontece essa articulação, mas ela é tão intensa, tão diária, que a gente às vezes não para pra pensar quando ela acontece, ela simplesmente acontece o tempo todo.... Não tem um momento certo para acontecer, ela não é mais separada do setor, ela não é mais separada do nosso serviço. Então quando você fala de como que a articulação acontece, ela acontece o tempo todo. (profissional G – atenção especializada RAPS).

Esta profissional destacou que atualmente há um bom nível de contato entre os equipamentos da RAPS de maneira que a conexão está mais cotidiana e constante não se restringindo a envio de e-mails e contato telefônico, mas, também a pequenos encontros, afirmando que às vezes recebe profissionais no equipamento para conversar sobre os casos. Pode-se perceber que, assim como ocorre no SUAS, o trabalho em rede da RAPS não tem ficado restrito a um somatório de encaminhamentos entre os pontos de atenção. As reuniões para discussão de casos e os pequenos espaços de discussão tem se mostrado relevantes para potencializar o trabalho em rede, garantindo uma maior integralidade do cuidado dos usuários com sofrimento mental no município, considerando seu contexto sociocultural e a dinâmica das relações familiares.

Entretanto, uma das participantes da atenção especializada ressaltou em concordância com a profissional da atenção básica, que essa relação entre a rede ainda não é algo institucionalizado, embora não tenha dificuldades nesse trabalho em conjunto, existem colegas que ainda enfrentam dificuldades pois, as relações acabam se tornando personalizadas. Algumas dificuldades apontadas pelos profissionais da atenção especializada em relação à atenção básica mostraram que a articulação tem sido construída diariamente e individualmente e ainda depende da sensibilidade de alguns profissionais:

Dentro da própria saúde mental, é muito fácil, conversar com os outros CAPS, com o centro de convivência, com o núcleo de violência, centro de especialidades... a gente consegue ter um diálogo muito melhor. E com a atenção básica, isso está sendo construído. Em algumas UBS a gente tem alguns gerentes muito parceiros, que o contato é tranquilo, outras a gente está em construção ainda. (profissional E – atenção especializada RAPS).

Os profissionais da atenção especializada relataram que em algumas situações recebem encaminhamentos da atenção básica de situações de sofrimento mental leve, que poderiam ser resolvidas na própria unidade sem a realização do acolhimento. Nesses casos, tem sido realizado um esclarecimento sobre o papel do serviço e o caso é referenciado novamente à UBS.

Em consonância com esse relato, outra participante da atenção especializada pontuou, que percebe que as famílias que têm filhos em atendimento no CAPS, têm buscado esse serviço como uma base para lidarem com suas dificuldades pessoais por conta do vínculo que estabeleceram com o equipamento. No entanto, ressaltou que essa prática não é muito interessante pois, como o serviço está localizado na região central, há necessidade de um

deslocamento maior, o que prejudica as famílias em situação de vulnerabilidade, e por isso seria mais indicado procurar as UBS de seu território para o atendimento desses quadros leves a moderados:

Saúde mental faz parte do dia a dia médico também, não é uma especialidade do psiquiatra, do neurologista ou do psicólogo. Saúde mental é uma questão de saúde mesmo, e a gente percebe muito essa dificuldade da atenção básica no sentido da parte médica mesmo de entender de que ele consegue também dar atendimento básico em quadros leves, até moderados, dentro da atenção básica de fato, que esse caso pode ser assistido ali. A gente tem a problemática nesse sentido, a gente tem um número de casos encaminhados para gente muito alto que poderiam estar sendo assistidos no próprio território. (profissional G – atenção especializada RAPS).

Uma ferramenta considerada estratégia para qualificar o trabalho em rede é o Projeto Terapêutico Singular (PTS) definido como um recurso da clínica ampliada que consiste em “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário.” (BRASIL, 2009d, p.39). Algumas profissionais da RAPS destacaram que o PTS tem um papel fundamental tanto no fortalecimento do usuário como no exercício do trabalho em rede, pois têm recebidos casos que necessitam de uma articulação entre as redes para atender as necessidades dos usuários como indicado na seguinte colocação:

A gente não recebe mais uma criança com autismo para ser tratada, a gente recebe a criança com autismo pra ser tratada em CAPS, uma mãe que precisa de atendimento psiquiátrico no CAPS II e o pai que precisa ser acompanhado lá pela UBS também. Então muitas famílias pararam simplesmente de ir ao médico. Então esse cuidado a gente está tendo muita articulação com a UBS, muita articulação com centros de especialidades médicas, saúde no caso de mulher, então a gente está fazendo muito mais articulação do que antigamente, no sentido clínico mesmo. Então as pessoas pararam de ir literalmente no médico, então a gente está usando muito. (profissional G – atenção especializada RAPS).

Outra ferramenta de organização do cuidado, o matriciamento também foi destacado como um instrumento potente para o trabalho em rede. Tem como objetivo um novo modo de produzir saúde pautado na corresponsabilização e na construção compartilhada de um projeto terapêutico entre as distintas equipes profissionais. Assim, essa prática já é um exercício do trabalho em rede. Na relação entre atenção básica e atenção especializada, o matriciamento contribui para que os profissionais reconheçam que as situações de sofrimento mental também compõem as demandas das UBS, e que também podem atuar no cuidado desses casos,

rompendo o estigma que as demandas de saúde mental se restringem apenas à atenção especializada. (CHIAVERINI, 2011).

Nessa investigação, todas as profissionais da atenção especializada destacaram que os serviços fizeram algumas reuniões matriciais virtuais durante a pandemia, e que estão se organizando para retomarem esses encontros, ressaltando a importância dessa prática para atenuar essas situações descritas acima. Os profissionais da atenção básica também destacaram a importância de retomarem as reuniões de matriciamento, para melhor organização das ações de cuidado em rede. Uma das participantes da rede básica considerou que muitas coisas ficaram suspensas ou foram prejudicadas nesse período de pandemia, mas, com o retorno das atividades presenciais acredita que conseguiram retomar essas conversas.

#### **4.3.2- Articulação Intersetorial**

##### **A - SUAS com a RAPS**

No que se refere a articulação intersetorial, todas as profissionais do SUAS afirmaram que a relação com a RAPS ocorre de maneira satisfatória, relatando que costumam referenciar para a rede de saúde mental tanto demandas de atendimento psicológico leves e moderados ou casos mais graves como indicado pelas participantes da proteção social básica:

Se nós identificamos dentro proteção básica uma necessidade de atendimento psicológico, o profissional de psicologia dentro do CRAS ele não faz psicoterapia, não é papel. Então nós temos que referenciar para as UBSs, então tem os profissionais dentro do NASF de psicologia que vão fazer esse atendimento, que sabemos que tem uma ali uma lista de espera. E também ali eles fazem tanto o individual, como em grupo, e aí nós fazemos então o encaminhamento, e outras questões também da proteção básica.... nós trabalhamos muito com os CAPS, os CAPS que temos aqui implantando no município que é o Álcool e Droga, o CAPS que a gente fala que é o Infantil e temos o que é mesmo focalizado a saúde mental mesmo, que a gente fala o CAPS Dois, esses três CAPS. Então assim, a gente trabalha direto com a referência, contra referência, também realizamos discussão de caso conforme a situação. (profissional L -proteção social básica SUAS).

Os nossos técnicos fazem a acolhida, após a acolhida eles fazem o encaminhamento para o CAPS AD, para o CAPS infantil, para o CAPS álcool e droga que é o AD e faz também para o CAPS adulto, faz todos os encaminhamentos. Então, nós temos essa ligação com a rede de saúde mental. Lógico, não dá conta de toda essa demanda, às vezes, para o acompanhamento, devido ao distanciamento entre o território e esses locais, os CAPS, mas sempre trabalha em rede, a

gente faz o encaminhamento. (profissional J - proteção social básica SUAS).

Além da referência, as profissionais destacaram que sempre que necessário pactuam ações de cuidado com os equipamentos da saúde, e em algumas situações para ter uma compreensão ampliada sobre a dinâmica de algumas famílias entram em contato com a UBS pois, como os agentes comunitários de saúde estão semanalmente no território, possuem um bom conhecimento sobre a população adscrita e podem fornecer informações que auxiliem no andamento do caso. A prática de discussão de alguns casos com a saúde foi relatada por ambas as profissionais:

Agente aciona a área da saúde e a gente marca sempre uma reunião para fazer o estudo de caso com aquela família, para ver o que a gente pode avançar em relação àquela demanda que a gente percebeu que já há a violação do direito, mas que é possível ainda a gente fazer alguma coisa. (profissional J - proteção social básica SUAS).

Outra prática relatada pelas profissionais é verificar o acesso dos usuários com sofrimento mental encaminhados aos serviços da RAPS, e um certo monitoramento daqueles que já estão sendo atendidos, para certificar a adesão desses usuários aos equipamentos que foram referenciados:

O usuário veio para o atendimento, dentro do atendimento nós sabemos que ele está referenciado a um CAPS. Então assim, nós vamos perguntar para ele como é que está? Você está conseguindo comparecer, você está indo nas consultas? Está conseguindo participar, que agora o CAPS já está retomando os seus serviços ali em grupo, então a gente vai ir colocando para ele a necessidade. Vamos supor que a gente identifica ali que ele não está indo mais. Então sim, a gente vai fazer contato, vamos conversar com assistente social, vamos trocar informações e juntos fazer um serviço em conjunto para que ele retome, para que ele retome novamente o atendimento. (profissional J – proteção social básica SUAS).

De acordo com a Cartilha de Orientações Técnicas ao CRAS (2009b), a articulação intersetorial pressupõem relações horizontais, formação de vínculos e interdependência entre os serviços respeitando às particularidades de cada setor para estabelecer e coordenar os fluxos de cuidado com objetivo de possibilitar melhorias nas condições de vida dos usuários constituindo uma rede de proteção social. A importância da articulação intersetorial para a execução dos objetivos assistência social foi demonstrada pela profissional da gestão do SUAS:

A assistência sozinha ela não faz nada. A assistência precisa das demais políticas para avançar nesse atendimento com as famílias. A assistência ela não tem a vaga na creche, a assistência não tem o

medicamento. Então a assistência mais do que nunca precisa dessa rede para poder... com que essa família possa acessar o seu direito. Então nós somos a mola propulsora para que aquela família consiga então acessar. (profissional O – gestão SUAS).

Com relação às dificuldades que os profissionais identificaram na articulação intersetorial com a RAPS, uma profissional da proteção social básica pontuou que essa relação ainda tem alguns limites e poderia melhorar, mas, sugeriu que tais dificuldades podem estar relacionadas ao número limitado de funcionários ou falta de outros recursos da própria área de saúde (como carro para visitas domiciliares conjuntas) que exigem a mobilização do carro da assistência social. Entretanto, a articulação intersetorial visa otimizar o manejo dos recursos para resolver problemas complexos, para dividir e somar os recursos existentes nas duas redes, ainda que sejam escassos, segundo as necessidades de cada situação. Assim, o raciocínio sobre quem mobiliza mais recursos para resolver um problema em determinada situação, pode contribuir para criar mais divisão e comparação do que articulação e união

Ainda assim, as profissionais afirmaram que a articulação intersetorial de Franco da Rocha caminhou muito nos últimos anos, e que os profissionais da RAPS estão sempre dispostos a ouvir e traçar estratégias em conjunto quando necessário destacando que uma das ações que tem conseguido realizar em conjunto são as visitas domiciliares. Em consonância, a participante da gestão salientou que percebe que as duas redes têm conseguido dar conta das demandas, a partir dos serviços que possuem, afirmando que algumas dificuldades ocorrem pela falta de determinados equipamentos no território.

Uma das participantes da proteção social básica relatou que uma das principais dificuldades na articulação intersetorial é a alta demanda que os serviços da RAPS possuem, o que resulta em dificuldades para atender a todos. Segundo ela, o momento da pandemia, teve influência nessa relação pois, como alguns funcionários da RAPS foram realocados em outros serviços para suprir as demandas da pandemia, isso dificultou a aproximação e as respostas da RAPS as demandas da assistência social:

Eu acho que com a pandemia houve mais o distanciamento...foi devido a migração desses profissionais para atender a urgência e emergência da saúde. Então, eu acho que para nós foi um pouco difícil em relação a isso daí, não ter esse apoio, lógico, você perguntou: Antes era fragilizado? Eu acredito que sim, porque eles não davam conta, porque já era grande essa demanda e aí com o período da pandemia, que nós passamos no início que fecharam-se as portas e que quando retomaram as atividades, redobrou a quantidade de usuários. Então, eu vejo com dificultadores isso daí eles não darem conta de

atender toda essa demanda do município. (profissional J – proteção social básica SUAS).

Nota-se as diferenças entre perspectivas e percepções dos profissionais das duas redes sobre o funcionamento dos serviços durante a pandemia. Enquanto os profissionais do SUAS avaliaram que a RAPS ficou fechada um tempo para se estruturar no início da pandemia, e os equipamentos do SUAS não pararam de funcionar, os profissionais da RAPS relataram o contrário, isto é, consideraram que a RAPS em nenhum momento fechou suas portas, mas identificam que o SUAS, em alguns momentos iniciais da pandemia não estava funcionando. Isto pode revelar um certo distanciamento entre as duas gestões (RAPS e SUAS), e uma falta de comunicação e de conhecimento sobre formas de estruturação, dificuldades e facilidades de cada uma das redes, pois a partir dos dados obtidos no presente estudo, nota-se que no início da pandemia, ambas tiveram dificuldades e contratempos para se organizar e assegurar a continuidade dos atendimento aos seus usuários.

### **B- RAPS com o SUAS**

Em relação à articulação intersetorial com o SUAS, notou-se que a maioria dos profissionais da RAPS afirmaram que estabeleceram uma boa relação com os serviços reconhecendo que houve avanços nesse vínculo. A participante da atenção básica considerou que as visitas domiciliares realizadas em conjunto com os serviços do SUAS têm contribuído para pactuarem ações de cuidado e manter um bom diálogo com os equipamentos. Em concordância, uma profissional da atenção especializada ressaltou que estabeleceu uma boa articulação com os equipamentos do SUAS e tem conseguido pactuar ações de cuidado em conjunto:

A gente tem um trabalho muito bom, principalmente com o SUAS. Muito bom mesmo. A gente articula muita coisa em conjunto. Pessoas de grande vulnerabilidade aí, que precisam de cuidados especiais, a gente faz todas as vezes que há essa necessidade, nós estamos fazendo reunião virtual, presencial, e os casos que são bem mais sérios assim, judiciais também, a gente está sempre em conjunto falando, então seguimos juntos, sabe? E-mails, enfim, por todas as formas a gente divulga aqui o trabalho que cada um está fazendo. (participante F – atenção especializada RAPS).

Uma profissional da atenção básica, relatou que têm direcionado para o CRAS muitos usuários em situação de vulnerabilidade social para que sejam incluídos nos programas de fortalecimento de vínculos familiares, considera que a articulação é positiva e mantém um bom diálogo com os serviços. Entretanto, ressaltou que uma das dificuldades, é que às vezes a

contrareferência acontece de maneira desorganizada, o que atribui a alta demanda de ambas as redes e a alguns entraves resultantes da falta de entendimento do papel de cada equipamento dentro da rede.

Em consonância com esse relato, uma profissional da atenção especializada também destacou que houve um aumento da articulação com o CRAS para inclusão dos usuários e familiares nos programas de fortalecimento de vínculos e acesso a benefícios sociais, afirmando que tais atendimentos em conjunto têm se tornado fundamentais para ações de cuidado em rede. Considerou que uma das dificuldades nessa relação tem sido a continuidade do cuidado em conjunto. Em algumas situações, ao serem referenciados para a RAPS os usuários têm sido desligados dos serviços do SUAS. Nesse sentido apontou que ao realizar encaminhamentos, o caso deveria continuar sendo de toda rede e não apenas responsabilidade do serviço ao qual foi direcionado. Essa percepção também é apontada por outra profissional da atenção especializada:

Em alguns momentos, eles entendem que eles só são articuladores da rede e não atuam tanto nesse atendimento para o fortalecimento, para a ação de fortalecimento. Fazem algumas orientações pontuais e encaminham para a rede. E aí a gente acaba tendo uma visão diferente, que a gente entende que tem que ter o encaminhamento para a rede sim, dos serviços que aquela família necessita, mas também precisa ter uma atuação deles para esse fortalecimento, atendimento para fortalecimento desses vínculos. (profissional E – atenção especializada RAPS).

Outro aspecto apontado pelas participantes da atenção especializada foi a dificuldade para as discussões de caso, pois, em algumas situações quando necessitam conversar sobre o andamento dos casos encaminhados ao SUAS, nem sempre é o mesmo profissional com o qual foi pactuado as ações de cuidado que comparece às reuniões o que interfere no andamento das discussões que precisam ser retomadas. Outra profissional da atenção especializada relatou que apesar do bom diálogo, percebe que os serviços do SUAS ainda têm dificuldades em se apropriar dos usuários da saúde mental.

A percepção sobre essa visão fragmentada de cuidado e sobre a necessidade de um olhar mais integral e articulado, apareceu também na visão da profissional da gestão. Ela pontuou que, apesar da articulação intersetorial entre as redes, estar acontecendo de maneira positiva com alguns equipamentos, ainda não há um entendimento sobre o papel de cada Secretaria nas ações de cuidado psicossocial do usuário, o que ocasiona uma transferência de responsabilidade e sobrecarga para o setor da saúde.

Pelos relatos de ambas as redes, mesmo havendo um avanço na articulação intersetorial, parece existir ainda uma fragmentação na forma de se enxergar a atenção ofertada e na percepção sobre os usuários, de modo que, parece ser necessário a construção e a implementação de um trabalho mais coeso, integral, intersetorial e transversal para os usuários em situação de vulnerabilidade social e com algum sofrimento mental.

Assim como as reuniões de matriciamento foram indicadas como uma importante estratégia para potencializar no trabalho em rede entre os serviços da RAPS, observa-se que apesar da efetividade dos pequenos espaços de encontro estabelecidos a partir das demandas dos usuários, nota-se a importância de estabelecer encontros de matriciamento entre o SUAS e a RAPS. Para além das pactuações de ações de cuidado, é importante que as redes dialoguem sobre as potencialidades e as dificuldades que observam nessa articulação, discutindo e pactuando o papel de cada Secretaria, para que estabeleçam em conjunto estratégias que possam fortalecer e ampliar suas ações. Isto é essencial, visto que, a população em situação de vulnerabilidade compõe ambas as redes, e, portanto, para assegurar a integralidade e efetividade do cuidado com os usuários é fundamental que o trabalho conjunto seja fortalecido.

#### **4.3.3 Um exemplo de articulação intersetorial: Os casos dos acumuladores**

Um aspecto que obteve destaque entre os profissionais do SUAS e da RAPS foi a importância e a oportunidade da articulação intersetorial nos casos de acumuladores no território de Franco da Rocha. Observou-se que esses casos tiveram um aumento significativo durante o período da pandemia. As perdas de fontes de renda, emprego, moradia assim como, o medo de perder seus objetos, medo da morte e da doença, a falta de controle sobre a própria vida e a apreensão em relação ao futuro tem gerado além do acréscimo nos transtornos de ansiedade mencionados neste estudo, um aumento dos comportamentos compulsivos, tais como a acumulação de objetos ou de animais.

Uma profissional da atenção especializada RAPS explicou que são casos de transtorno de acumulação, no qual por motivos emocionais e contextuais as pessoas começam a acumular coisas que não utilizam, gerando entulhos dentro das casas e problemas de higiene que colocam em risco a saúde do indivíduo, dos familiares e vizinhos nas proximidades.

Uma profissional da atenção básica relatou como acontece esse trabalho:

Muitas das vezes nós não conseguimos localizá-los numa primeira visita. É necessário muitas vezes voltar duas, três, quatro vezes até o encontrarmos...Eu tive um caso para que pudéssemos realizar a retirada, por exemplo, dos entulhos, dos objetos foi necessárias nove visitas. Para quê? Para que se crie um vínculo com essa comunidade, para que se crie um respeito e uma confiança para que nós possamos atuar. Então chegando aos poucos, chega um profissional, depois vamos articulando a rede com um certo cuidado para que a gente consiga realizar a ação, que possa retirar esse indivíduo que está ali desprovido de cuidados, vulnerável. (profissional B – atenção básica RAPS).

Este tipo de situação gerou a necessidade de articulação intersetorial para um cuidado coordenado, o que fez com que ambas as redes, em alguns momentos, realizassem visitas em conjunto. Tanto a atenção básica e atenção especializada da RAPS, como profissionais do SUAS destacaram a importância e efetividade dessas ações:

Quando se trata de acumulador, que nós temos bastante acumulador e a gente sempre aciona, não somente a habitação, mas também o CAPS, porque a gente entende que o acumulador também tem a ver com a parte psicológica, então, a gente aciona também. Então, vários casos que a gente, quando a gente vai fazer esse tipo de ação, solicita que a vigilância epidemiológica faz parte também, porque às vezes acontece de ter até contaminação do solo devido ao acúmulo de lixo, esse tipo de coisa, são os acumuladores, isso daqui é muito forte no nosso território, de acumuladores e a gente acaba fazendo esse trabalho em rede, porque só o CRAS não vai conseguir fazer aquela ação, só a habitação também não vai conseguir fazer... então tem que ser ações em conjunto. (profissional J – proteção social básica SUAS).

Contudo, pode-se observar que nem sempre as ações acontecem de forma articulada e em conjunto. A profissional da gestão da RAPS afirmou que em alguns casos os serviços do SUAS apenas comunicaram os equipamentos da RAPS sobre a necessidade de realizarem as visitas aos usuários que eram acumuladores, não havendo diálogo, nem pactuação de ações e linhas de cuidado o que resultou em ações bruscas, onde as situações chegaram na RAPS no momento em os serviços do SUAS já estavam atuando..

Observa-se que ambas as redes atuam como porta de entrada para essas situações, e que a pactuação das ações de cuidado apontada por alguns profissionais ainda é um desafio para a gestão e profissionais do SUAS e da RAPS. Esta articulação está em consonância com os objetivos da articulação intersetorial, que pressupõem corresponsabilidade entre os pontos de atenção, o que possibilita que estratégias adotadas sejam mais efetivas e demonstram a potencialidade que ambas as redes possuem quando atuam em conjunto no cuidado às populações em situação de vulnerabilidade social.

## 5. CONCLUSÃO

Constatou-se que o SUAS e a RAPS do município de Franco da Rocha, durante o período da pandemia de Covid-19, buscaram garantir o acesso e a continuidade ao cuidado em saúde mental a proteção social aos indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, adotando novas estratégias de organização dos serviços, de forma a atenuar o agravamento das situações sofrimento mental e vulnerabilidade social que tiveram um significativo crescimento no território nos anos últimos dois anos (2020 e 2021).

Observou-se que a pandemia acentuou um cenário de desigualdade e exclusão social e de desmonte das políticas públicas e sociais que já estavam em andamento no país, com significativos impactos econômicos e psicossociais especialmente em grupos que vivenciam situações de maior vulnerabilidade e risco social. O aumento do empobrecimento e perda de renda da população foram evidenciados pelo crescimento das situações de fome no território, de modo que, o benefício eventual da cesta básica para garantir acesso a alimentação permaneceu sendo a principal demanda dos serviços do SUAS. O aumento do sofrimento mental também ficou evidente principalmente pelo crescimento dos casos de ansiedade na RAPS, que se tornaram a principal demanda dos serviços. Desse modo, pode-se inferir que há uma correlação entre o crescimento das demandas de saúde mental no território com o crescimento das situações de vulnerabilidade social da população.

O crescimento da vulnerabilidade temporária obteve destaque em ambas as redes, exigindo que os profissionais adotassem novas estratégias para o atendimento desses usuários que perderam seus empregos e tiveram sua renda e poder de compra reduzidos nesse período. Observou-se que as consequências psicossociais relacionadas ao luto são transversais, de modo que, o aumento das demandas de sofrimento mental relacionadas ao luto em decorrência da Covid-19 nos usuários da RAPS, apresenta-se no SUAS por meio do crescimento da solicitação do benefício eventual de auxílio-funeral. Ambas as redes apontam a importância de estabelecer ações de cuidado psicossocial e fortalecimento das redes de apoio dos usuários nessas situações. A literatura ressalta que ainda não há uma política nacional de atenção ao luto, o que demonstra a importância de ambas as redes pactuarem ações em conjunto para desenvolverem uma linha de cuidado que atenda essa nova demanda

no território, apontada por alguns profissionais como um dos principais desafios desse contexto.

Embora, a princípio os serviços do SUAS sejam associados apenas como espaços para assegurar acesso a direitos e proteção social aos usuários, pode-se observar que o sofrimento mental dos usuários tornou-se presente nos serviços, do mesmo modo que, as situações de vulnerabilidade social tornaram-se frequentes no cotidiano dos usuários dos equipamentos da RAPS, o que exigiu ambas as redes atuassem de forma mais conjunta, por meio da articulação intersetorial, para possibilitar aos indivíduos não somente acesso a instrumentos de enfrentamento mas assegurar a integralidade do cuidado, evidenciando que os usuários em situação de vulnerabilidade social compõem as duas redes de atenção.

Dessa forma, pode-se constatar a importância do SUAS e da RAPS fortalecerem as ações intersetoriais estabelecendo linhas de cuidado em conjunto. Embora essa relação esteja sendo construída e fortalecida ao longo dos anos no município, a partir de discussões pontuais sobre cada caso, e na atuação em conjunto aos casos de acumuladores que também tiveram um aumento significativo no território, é importante que o SUAS seja incluída nas reuniões de matriciamento da RAPS quando essas voltarem a serem realizadas visto que, foram reduzidas devido a pandemia. As visitas domiciliares e os Projetos Terapêuticos Singulares feitos para famílias em situação de vulnerabilidade, também foram vistos como oportunidades importantes tanto para a qualificação do trabalho em rede, como da articulação intersetorial.

Além dessa prática, é fundamental que sejam estabelecidos novos espaços de encontros, mais formais e frequentes entre os profissionais do SUAS e da RAPS para que dialoguem sobre as principais dificuldades, as potencialidades e o papel de cada Secretaria nesse cuidado, para pactuarem ações em conjunto e estabelecerem linhas de cuidado para situações psicossociais de natureza transversal como: (violência, uso abusivo de álcool e drogas, situações de luto, acumuladores entre outros). Além de fortalecer o trabalho em rede e a articulação intersetorial, tais ações conjuntas contribuem para aumentar a visibilidade das demandas sociais e de sofrimento mental da população em situação de vulnerabilidade, bem como, facilitaria a comunicação entre os profissionais uma vez que, algumas dificuldades sobre o papel de cada Secretaria na atuação do cuidado aos usuários foram identificadas pelos profissionais das duas redes.

A atuação do SUAS e da RAPS neste período de pandemia foi fundamental para garantir a proteção social e o cuidado aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social,

contudo, constatou-se que ao invés de assegurar investimentos e adotar políticas públicas para ampliar a potencialidade de atendimento dessas redes, o governo federal tem cortado os recursos financeiros destinados à assistência social e operado para o desmonte das políticas de atenção à saúde mental o que tem resultado numa sobrecarga na esfera municipal que têm se tornado a principal responsável em garantir os meios para o funcionamento dos serviços. Tal prática já tem ocasionado prejuízos e contribuindo para a precarização desses equipamentos, que já operam com seus recursos limitados, o que coloca em risco seus usuários e a sociedade civil dado que, os efeitos econômicos e sociais dessa crise sanitária perdurarão por um longo período. Assim, além da luta para garantir os recursos financeiros para o funcionamento de ambas as redes, é importante que sejam fortalecidos e criados espaços de participação social nesses equipamentos para que a população compreenda a importância desses serviços para o seu cuidado e também atuem na defesa dessas redes.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, Tavares Jaqueline et al. Política de saúde mental no novo contexto do sistema único de saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n° 52, p. 88-113, outubro 2014.

AZEVEDO, Elaine de; PELICIONI, Focesi Cecília Maria; WESTPHAL, Faria Marcia. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 22, n° 4, 2012.

ALVES, Mazzotti; ALDA Judith. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa [online]**, v. 36, n° 129, set/dez 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica N°12/2020 - Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial Sobre Estratégias de Organização no Contexto da Infecção da Covid-19 Causada pelo Novo Coronavírus (SARS-CoV-2)**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 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**, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2010a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, CONASS, 2015a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Caderno de Orientações Técnicas: Atendimento no SUAS às Famílias e aos Indivíduos em Situação**

**de Vulnerabilidade e Risco Pessoal e Social por Violação de Direitos Associada ao Consumo de Álcool e outras Drogas.** Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde (Série B – Textos Básicos de Saúde), p. 64, 2009d.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **LOAS Anotada – Lei Orgânica da Assistência Social,** março 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social - CRAS,** Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS,** Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. **Orientações Técnicas sobre Benefícios Eventuais no SUAS.** Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios.** Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

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, novembro 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, (Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos HumanizaSUS; v. 2) 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Políticas de Saúde Mental no Brasil – 15 anos depois de Caracas.** Brasília, novembro, 2005b.

BUSS, Marchiori Paulo; FILHO, Pellegrini Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 17, p.77-93, 2007.

CANÇADO, Lopes Cândida Taynara; SOUZA, Silva Rayssa; CARDOSO, Silva Braga Cauan. Trabalhando o conceito de vulnerabilidade social. **XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais- ABEP**, São Pedro, novembro 2014.

CARMO, Eustáquia Michelly; GUIZARDI, Lube Francini. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n° 3, 2018.

CASTRO, Medeiros Rayane Patrícia et al. Impactos psicológicos em adultos durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n° 11, 2021.

CAVALCANTE, Pedro; RIBEIRO; Bernardes Beatriz. O Sistema único de assistência social: resultados da implementação da política nos municípios brasileiros. **Rev. Adm. Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 46, n°6, p. 1459-1477, nov/dez. 2012.

CHIAVERINI, Helena Dulce (Organizadora) et al. **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental.** Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.

DALGARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.** 1ª ed. São Paulo: Artmed, 2000, 271 p.

DIMENSTEIN, Magda; NETO, Cirilo Maurício. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesquisa. Prát. Psicossociais [online]**, São João del Rei, v. 15, n° 1, p. 1-17, março 2020.

DIRETORIA, Uerj Comunicação. **Pesquisa da Uerj Indica Aumento de Casos de Depressão entre Brasileiros durante a Quarentena.** Uerj Notícia, maio 2020.

Disponível em: < <https://www.uerj.br/noticia/11028/>>

Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

FONTE, Monteiro Maria Elaine. Da institucionalização da loucura a reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia – Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, v. 1, n° 18, 2012.

FREITAS, Liandro Bismarck. A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social. **Revista Científica Semana Acadêmica**, v.1, n° 000126, Fortaleza, julho 2018.

FREITAS, Soares Carmo do Maria; PENA, Lopes Gilvane Paulo. Fome e pandemia de Covid-19 no Brasil. **Tessituras- Revista de Antropologia e Arqueologia**, Pelotas, jan/jun 2020.

FREITAS, S. R. Wesley; JABBOUR, C. J. Charbel. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v. 18, n° 2, p. 07-22, 2011.

GABATZ, Celso. Reflexões sobre exclusão e vulnerabilidade social no Brasil contemporâneo. **Sociedade Em Debate**, v. 21, p. 33-49, 2015.

GAMEIRO, Nathália. **Depressão, Ansiedade e Estresse aumentam durante a Pandemia.** Fiocruz Brasília, agosto 2020.

Disponível em: < <https://www.fiocruzbrasil.com.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>>

Acesso em: 05 de janeiro de 2022.

GARCIA, Posenato Leila; SANCHEZ, M. Zila. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. **Cad. Saúde Pública[online]**, Rio de Janeiro, v. 36, n° 10, maio 2020.

GERHARDT, Engel Tatiana; SILVEIRA, Tolfo Denise. **Métodos de Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Secretaria de Educação a Distância. Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Carlos Antônio. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: 6ª Edição Editora Atlas, 2008.

GUMIERI, Júlia. **Hospital Psiquiátrico do Juqueri e Manicômio Judiciário**. Memorial da Resistência de São Paulo, 2017.

Disponível em: < <http://memorialdaresistenciasp.org.br/lugares/hospital-psiquiatrico-do-juqueri-e-manicomio-judiciario/#>>

Acesso em: 30 de novembro de 2021.

IDCN-BR – Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades Brasil. **Franco da Rocha (SP)**, 2019.

Disponível em: < <https://idsc-br.sdgindex.org/profiles/franco-da-rocha-sp/indicators>>

Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados Franco da Rocha**, São Paulo, 2021.

Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/franco-da-rocha.html>>

Acesso em: 01 de dezembro de 2021.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n° 2, p. 301 - 308, ago/dez. 2012.

JUNIOR, Helvécio Miranda Magalhães. “Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade”. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n° 52, p. 4-7, outubro 2014.

JUNQUEIRA, Prates Luciano. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Adm. Pública**, Rio de Janeiro, n° 34, p. 35-45, nov/dez 2000.

LOPES, Gomes Fernanda et al. A dor que não pode calar: reflexões sobre o luto em tempos de Covid-19. **Psicologia USP [online]**, v. 32, 2021.

LUCHESI, Marisabel. **Guia Completo: O SUAS na Pandemia**. GeSUAS, out/2020. Disponível em: < <https://www.gesuas.com.br/blog/guia-suas-na-pandemia/>> Acesso em: 18 de dezembro de 2021.

MALTA, Carvalho Deborah et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**, Brasília, v. 29, n° 4, setembro 2020a.

MALTA, Carvalho Deborah et al. Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de Covid-19. **Saúde Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 44, n° 4 especial, p. 177-190, dezembro 2020b.

MARQUES, Marinho Lucia Ana et al. O impacto da Covid-19 em grupos marginalizados: contribuições da interseccionalidade como perspectiva teórico-política. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 25, 2021.

MENDES, Vilaça Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n° 15, p.2297-2305, 2010.

MINAYO, Souza de Cecília Maria. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica privilegiada de comunicação. In: \_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: 12° Ed. HURITEC, p. 261-297, 2010.

MONTEIRO, Pires Rocha da Rocha Simone. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, p. 29-40, jul/dez.2011.

NATALE, Pinheiro Bruno. A cidade e o cárcere: privação de tempo e espaço em Franco da Rocha, SP. **Anais do XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana – XVI SIMPURB**, v.1, novembro 2019.

NOAL, Silva da Débora et. al. **Orientações a Trabalhadores e Gestores do Sistema Único**

**e Assistência Social (SUAS) para Ações na Pandemia COVID-19.** Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.

ONU MULHERES BRASIL. **Mulheres Negras Rumo a um Planeta 50-50 em 2030 em Tempos de Crise e da Pandemia de Covid-19.** agosto, 2020.

Disponível em: < <https://www.onumulheres.org.br/noticias/mulheres-negras-intensificam-busca-por-politicas-de-assistencia-social-para-enfrentar-a-pandemia-covid-19/>>

Acesso em: 04 de janeiro de 2022.

PAIM, Jairnilson et. al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online], maio 2011.

PINHEIRO, Machado Caliandra et al. Discursos coletivos sobre sofrimento psíquico em famílias em situação de vulnerabilidade social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n° 83, p. 465-473, set/dez 2009.

REIS, Margarete Lúcia; UCHIMURA, Teruya Taqueco; OLIVEIRA; Felix Lúcia Magda. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de drogas de abuso. **Acta Paul Enferm** [online], v. 26, p.276-282, 2013.

REIS, Adilson dos Santos. Franco da Rocha- SP: **Memórias e Histórias da Cidade (1980-2010)**. 2011. 160 f. Dissertação (Mestrado em História) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

SANIELE, Bruna. **Pesquisa revela que 19 Milhões passaram fome no Brasil no fim de 2020.** Agência Brasil, abril 2021.

Disponível em: < <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/pesquisa-revela-que-19-milhoes-passaram-fome-no-brasil-no-fim-de-2020>>

Acesso em: 03 de janeiro de 2022.

SANTIAGO, Henrique; MENEZES, Leilane. **Adeus, Juquery: A Nova Vida dos Últimos Moradores do Manicômio mais antigo do País.** Metrôpoles, junho 2021.

Disponível em: < <https://www.metropoles.com/brasil/adeus-juquery-a-nova-vida-dos-ultimos>>

moradores-do-manicomio-mais-antigo-do-pais>

Acesso em: 30 de novembro de 2021.

SILVA, Magalhães Raimunda et al. (Orgs). **Estudos Qualitativos: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coletas de Informações**. Sobral: Edições UVA, 2018.

SILVA, Ribeira Cássia de Rita et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 25, n° 9, p.3421-3430, 2020.

SCOTT, Juliano Beck et al. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 24, n° 2, p. 600-615, agosto 2018.

SEMZEZEM, Priscila; ALVES, Moraes de Jolinda. Vulnerabilidade social, abordagem territorial e proteção na política de assistência social. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 16, n° 1, p. 143-166, jul/dez 2013.

TONINI, Francielle Carolina; BARBOSA, Muniz Tatiane. A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.11, n° 3, p.50-68, março 2017.

## 7. ANEXOS

### Anexo I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: **“Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha”** que tem como um dos objetivos identificar e compreender as estratégias intersetoriais e em rede utilizadas pelo município para o cuidado em saúde mental de famílias e pessoas em situação de rua e vulnerabilidade psicossocial durante a pandemia de Covid-19. Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde e da assistência social do município de Franco da Rocha. A entrevista terá duração de aproximadamente 60 minutos e será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise. Os riscos com essa entrevista são mínimos. Caso o (a) Sr (a) se sinta desconfortável em responder alguma pergunta, possui a liberdade de não responder ou interromper a entrevista a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a pesquisa ou para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo e-mail [fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br](mailto:fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo email [cepis@isaude.sp.gov.br](mailto:cepis@isaude.sp.gov.br), ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h. Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município. Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e o (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você se considera esclarecido o suficiente e consente em participar dessa entrevista?

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável pela entrevista

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pela entrevista

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Anexo II –SUAS - Questionário CRAS

### 1 – FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- Quais/quantos **profissionais** compõem a equipe do CRAS?
- Quais **grupos populacionais** são normalmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade, população em situação de rua)
- Como os casos chegam até o serviço? Quais são as **principais demandas e necessidades** trazidas por estes grupos populacionais?
- Quais são os **principais programas socioassistenciais e benefícios** oferecidos pelo serviço (PAIF, SCFV, Proteção Domicílio para pessoas com deficiência e idosas)? Que ações são realizadas nesses programas? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Qual tem sido a estratégia do serviço para **rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento** das demandas e necessidades (sociais/financeiras, emocionais e informativas) de **pessoas e famílias em vulnerabilidade social nos territórios**? Quais instrumentos utilizam para essas ações? Quais profissionais estão envolvidos?
- Quantos **casos/famílias/indivíduos são acompanhados** pelo serviço?
- Como é realizado o **mapeamento** da população atendida? Vocês preenchem dados para a vigilância socioassistencial? Como é feita a **coleta e monitoramento** dos dados sobre a população atendida? **Como esses dados são utilizados para o planejamento de estratégias**?
- Vocês realizam algum **trabalho/ação com a comunidade** do território? Se sim, de que tipo? Há espaços de diálogo com a população? Qual o papel da comunidade nessas ações?
- Como têm sido desenvolvidas estratégias de **cuidado para o sofrimento mental/psicossocial** ocasionado pelas situações de vulnerabilidade social? Quais as demandas psicossociais mais comuns? Quais são os serviços envolvidos nessas ações, existe articulação com a RAPS? Como é feito o acompanhamento? De que forma o usuário participa dessas ações?
- Qual a sua percepção sobre o trabalho em rede executado pelos serviços **do SUAS de Franco da Rocha**? Os serviços do SUAS, tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?

### 2 - O SUAS E A PANDEMIA

- No início da pandemia, houve algum **plano de ação da Secretaria Municipal de Assistência Social** (comitê de crise) ou articulação regional para isso? Explique (funcionamento, composição, objetivos).
- Quais foram as principais **ações para organização da rede de assistência social** durante a pandemia? Que orientações ou diretrizes foram dadas aos serviços? (Instrumentos para teletrabalho, aumento de linhas telefônicas e internet, reorganização das equipes...) Como ocorreu essa organização? O que deu certo? Principais dificuldades?

### 3 - CRAS E A PANDEMIA

- Quais foram as principais **ações para reorganização ou reestruturação do serviço** durante a pandemia? Houve priorização de situações e grupos? Como os casos têm chegado ao serviço? Houve alguma parceria com os serviços da Raps, Ubs/Nasf para isso?
- Houve mudança no **fluxo de atendimento e forma de organização do cuidado** dentro do serviço? (telefone, whatsapp, vídeo, materiais, visitas etc). Quais estratégias de atendimento/acompanhamento foram adotadas neste período?
- Você percebeu alguma **mudança no perfil dos usuários** que buscam o serviço durante a pandemia? Se sim, quais?
- Houve **aumento de requerimento para algum benefício específico**?) Quais são os benefícios mais oferecidos durante a pandemia?
- Quais são as **principais ações socioassistenciais e benefícios que o CRAS tem desenvolvido durante a pandemia, junto às pessoas e famílias que estão em situação de**

**vulnerabilidade social e em situação de rua?** Como tais ações e benefícios têm sido oferecidos? Tiveram dificuldades para isso? Quais?

- Desde o início da pandemia, existiu uma estratégia para **rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento** de novas demandas e necessidades (sociais/financeiras, emocionais e informativas) de **peças e famílias em vulnerabilidade social e em situação de rua nos territórios**? Se sim, quais estratégias de atendimento/ acolhimento/ acompanhamento foram adotadas neste período?
- Quais ações estão sendo desenvolvidas para que a situação de **vulnerabilidade temporária**, crescente na população, não progrida para uma vulnerabilidade permanente? Houve aumento de demanda em algum grupo específico?
- Quais foram as **principais demandas, necessidades e situações de vulnerabilidade psicossocial** observadas pelo serviço durante a pandemia? Houve mudanças/ aumento nas demandas recebidas nesse período? Quais fluxos/linhas de cuidado para cada situação?
- Qual a sua percepção sobre o trabalho executado pelos serviços da **Rede de Atenção Psicossocial de Franco da Rocha**? Que tipo de articulação o CRAS tem com estes serviços para o cuidado dessas situações? Quais dificuldades e potencialidades? O momento da pandemia teve alguma influência nessa articulação?
- Vocês têm tido **reuniões do SUAS** no período da pandemia? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Vocês realizaram **ações com outros serviços do SUAS no período da pandemia**? Se sim, que ações? Em que momentos existe esta articulação e trabalho conjunto?
- Estão sendo realizadas **visitas domiciliares** nesse contexto de pandemia? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas essas visitas? Existe alguma **articulação dessas visitas domiciliares** com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e RAPS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Estão sendo desenvolvidas **ações para o fortalecimento de vínculos e formação de redes comunitárias** com as pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social nesse contexto de pandemia? Se sim, de que maneira ocorre? São utilizados os recursos da comunidade (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) para essas ações? De que forma o usuário participa? Como avalia essas ações?
- Existe alguma ação no serviço para **orientação à população sobre o COVID 19**? Tem parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? E aos profissionais do SUAS?
- Como o serviço tem lidado com a **necessidade de isolamento dos casos suspeitos ou confirmados** de COVID 19 (entre a população vulnerável ou população em situação de rua)? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o serviço tem lidado com as **internações por COVID 19** das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o serviço tem lidado com os **óbitos por COVID 19** das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o CRAS tem abordado a situação de **crianças /adolescentes/idosos/deficientes** que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como você avalia o **trabalho que o CRAS tem desempenhado durante a pandemia**? Quais os pontos fortes e fragilidades?

## Anexo III – SUAS - Questionário Gestão

### 1 –SUAS DE FRANCO DA ROCHA:

- Como é composto o SUAS de Franco da Rocha? Quais/quantos profissionais compõem esta rede? O número ou formação de funcionários mudou devido à pandemia?
- Como funciona o CRAS? Objetivos, programas ofertados, características, profissionais e população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socio economico, escolaridade, população em situação de rua)? Mudou algo durante a pandemia?
- Como funciona o CREAS? Objetivos, programas ofertados e características, profissionais e população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socio economico, escolaridade, população em situação de rua)? Mudou algo durante a pandemia?
- Como funciona o Centro Pop? Objetivos, programas ofertados e características, profissionais e população atendida (faixa etária, sexo, raça, nível socio economico, escolaridade, população em situação de rua)? Mudou algo durante a pandemia?
- Em geral, quais são as **principais demandas e necessidades** trazidas pela população para os serviços do SUAS?
- Quais **serviços do SUAS são mais demandados** pela população do município?
- Como é realizado o **mapeamento** da população atendida? Vocês preenchem dados para a vigilância socioassistencial? Como é feita a **coleta e monitoramento** dos dados sobre a população atendida? Como esses dados são utilizados para o planejamento de estratégias e ações nos serviços? Essa plataforma de dados é aberta e acessível como SINAN, SIAB etc? Como acessá-la?
- Qual sua **percepção sobre o trabalho em rede** entre os serviços do SUAS? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede desenvolvido pelos serviços? Mudou algo em relação ao trabalho em rede, após a pandemia?
- Os serviços do SUAS costumam realizar **reuniões para planejamento e ações conjuntas**? Com qual frequência? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço? Vocês têm mantido **reuniões durante a pandemia**?
- Vocês realizam algum **trabalho/ação com a comunidade** do território? Se sim? De que tipo? Qual o papel da comunidade nessas ações? Como está ocorrendo a **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia?
- Os serviços do SUAS realizam **articulações intersetoriais**? Com que instituições e Secretarias? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop de rua, negro, Pop Lgbtqia+, violência contra mulheres/crianças)? Se sim, como ocorre?
- O SUAS realiza **visita domiciliar**? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma **articulação dessas visitas domiciliares** com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e RAPS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Vocês conhecem o trabalho executado pelos **serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)** de Franco da Rocha? Qual sua percepção a respeito?
- Existe alguma **articulação ou trabalho conjunto com estes serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**? Em que situações acontece a **articulação intersetorial entre os serviços do SUAS e as unidades da RAPS**? Quais serviços participam? Quais dificuldades/obstáculos e potencialidades existem nessa articulação? O momento da pandemia teve alguma influência na relação entre os serviços?
- Como têm sido desenvolvidas **estratégias de abordagem para o sofrimento mental/psicossocial** ocasionado pelas situações de vulnerabilidade social? Quais as demandas mais comuns de sofrimento emocional/mental nos grupos atendidos por vocês? Como vocês abordam estes problemas? Quais são os serviços envolvidos nessas ações? Como é feito o acompanhamento?

### 2 - MUNICÍPIO E PANDEMIA

- Houve algum **plano de ação da Secretaria Municipal** de Assistência Social para o combate à pandemia?
- Quais foram as **principais ações para organização da rede de assistência social** durante a pandemia? Que orientações ou diretrizes foram dadas aos serviços? Como ocorreu essa organização? O que deu certo? Principais dificuldades?
- O município recebeu **diretrizes ou ajuda nacional/ estadual ou outras**, para o enfrentamento da pandemia? De que tipo? Utilizaram algum documento de diretrizes/orientação? Quais e como utilizaram esse material?
- Observou-se algum **aumento da população em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia**? Houve alguma mudança no perfil desse grupo? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade).
- Qual a estratégia dos serviços do SUAS para **rastreamento, identificação (Busca Ativa) e acolhimento** das demandas e **necessidades psicossociais e de sofrimento mental de pessoas e famílias em vulnerabilidade social? E da população em situação de rua**? Mudou durante a pandemia?
- Quais estratégias e ações vocês utilizam para **cuidado e acompanhamento das necessidades psicossociais/ e de sofrimento mental** da população em situação de vulnerabilidade social existente nos territórios? O trabalho é realizado de forma conjunta com a RAPS? Existem **papéis e atribuições** estabelecidos para cada ponto de atenção?
- Observou-se um **aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas** durante a pandemia? Em quais populações? Existe alguma diretriz da gestão direcionada a esta população? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos? Quais serviços estão envolvidos? Existe **uma linha de cuidado em conjunto com a RAPS para o manejo desses casos**? Qual o papel de cada ponto de atenção?
- Observou-se **aumento de situações de violência** (física, sexual, emocional)? Em quais populações?? Existe alguma diretriz da gestão direcionada a estas situações? Quais estratégias estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos? Quais serviços estão envolvidos? Existe **uma linha de cuidado em conjunto com a RAPS para o manejo desses casos**? Qual o papel de cada ponto de atenção?
- Observou-se um **aumento de sofrimento psicossocial/emocional, episódios de crise e tentativa de suicídio, em populações em situação de vulnerabilidade social e de rua**? Que estratégias foram adotadas para o manejo dessas situações? Existe **uma linha de cuidado em conjunto com a RAPS**? Como avalia essas ações? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Quais **ações estão sendo desenvolvidas para que a situação de vulnerabilidade temporária, crescente na população, não progrida para uma vulnerabilidade permanente**? Houve aumento de demanda em algum grupo específico? Quais? Existe uma **linha de cuidado conjunta com a RAPS**? Como avalia essas ações? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Existe alguma ação do SUAS para **orientação à população sobre o COVID-19**? Tem parceria com o SUS para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? E aos profissionais do SUAS?
- Existe alguma ação do SUAS para o **isolamento dos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19** (entre a população vulnerável ou população em situação de rua)? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o SUAS tem lidado com as **internações por COVID 19** das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?
- Como o SUAS tem lidado com os **óbitos por COVID 19** das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso? Como avalia essas ações?
- Como o SUAS têm abordado a situação de **crianças /adolescentes/idosos/deficientes** que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o Raps, UBS/Nasf para isso?

## Anexo IV –RAPS - Questionário UBS

### 1 –FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- **Quais/quantos profissionais compõem** atualmente o serviço que você atua?
- Quais **grupos populacionais** são atualmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade, população em situação de rua)
- Você percebeu alguma **mudança no perfil dos usuários** que buscam o serviço nesse período de pandemia? Se sim, quais?
- Quais são as **principais demandas e necessidades de saúde mental** trazidas pelos usuários para a UBS? Houve alteração em relação ao ano passado? (aumento de demandas de insônia, síndrome do pânico, distúrbios alimentares, ansiedade) Comente.
- Como a UBS atualmente **identifica as necessidades e demandas psicossociais e de sofrimento mental**? Quais as principais estratégias? (visitas? consultas? encaminhamentos? troca de receitas? sala de espera? grupos? demanda espontânea?) Quais profissionais estão envolvidos nisso?
- Como é feito o **acolhimento destas demandas e necessidades**?
- **Quantos usuários/famílias** são acompanhados hoje pelo serviço? Quantos usuários/famílias em demanda de saúde mental?
- Existe alguma **articulação com outros serviços para identificação das demandas psicossociais**? ( Suas, Raps, UPA, Caism) para essa identificação?
- Quais são as **ações e abordagens de cuidado em saúde mental oferecidas hoje** pela UBS **para as situações de sofrimento mental e psicossocial**? Quais profissionais participam? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Durante a pandemia, como se deu a **continuidade do cuidado e o monitoramento** de situações de sofrimento mental?
- Como o **serviço está funcionando atualmente em relação ao atendimento das demandas psicossociais e de saúde mental**? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Foram desenvolvidas outras estratégias?
- Qual é a **linha/fluxo de cuidado** estabelecida quando o usuário chega na UBS com alguma demanda psicossocial ou de sofrimento mental?
- Qual é o critério para **encaminhamento** para algum outro ponto de atenção da RAPS? Como você avalia os encaminhamentos realizados pela UBS para outros serviços?
- Qual sua percepção sobre o **trabalho em rede na saúde mental** do município? Os serviços da RAPS tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede? Vocês realizam reuniões na RAPS? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Neste segundo ano de pandemia, o serviço recebeu alguma **diretriz/orientação da Secretaria Municipal de Saúde**?
- Como você avalia as **ações e estratégias desenvolvidas para a organização do UBS nesse segundo ano da pandemia**? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

### 2 - A UBS, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O SUAS:

- A UBS costuma identificar e abordar as **necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade**? Como essas pessoas acessam o serviço? Existem estratégias de cuidado específicas para este grupo? Como o serviço rastreia, identifica (**busca ativa**) e **acolhe** essas demandas?
- Existe alguma **articulação com os serviços do SUAS para o cuidado psicossocial da população em situação de vulnerabilidade social**? **O trabalho é realizado de forma conjunta**? Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? Em quais situações?

- A UBS possui **articulação com outras instituições/Secretarias**? Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop rua, negro, Pop Lgbtqia+)? Se sim, como ocorre?
- Qual a **sua percepção sobre os serviços do SUAS**? Você conhece o trabalho executado pelos serviços da Rede de Assistência Social de Franco da Rocha?
- Vocês mantêm **reuniões com o SUAS**? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- As **visitas domiciliares** estão acontecendo normalmente? Quais serviços/equipes/profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma **articulação dessas visitas domiciliares** com as visitas realizadas pela RAPS e o SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Neste segundo ano de pandemia, houve **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Neste segundo ano de pandemia, houve alguma ação no serviço para **orientação à população sobre o COVID 19**? Tem parceria com o SUAS para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação de vulnerabilidade social e situação de rua?
- Como o serviço tem lidado com o acompanhamento dos **casos suspeitos e confirmados, internações e óbitos** por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua?
- Como a UBS tem abordado a situação de **usuários que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias**, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o SUAS para isso?

## Anexo V –RAPS - Questionário NASF

### 1 –FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- **Quais/quantos profissionais compõem** atualmente a equipe em que você atua?
- Quais **grupos populacionais** são atendidos pelo NASF? (faixa etária, sexo, raça, nível socio economico, escolaridade, população em situação de rua)
- Você percebeu alguma **mudança no perfil dos usuários** que buscam o atendimento nesse período de pandemia? Se sim, quais?
- Quais são as **principais demandas e necessidades de saúde mental** trazidas pelos usuários? Houve alteração em relação ao ano passado?
- Como o NASF atualmente **identifica as necessidades e demandas psicossociais e de sofrimento mental**?
- Como é feito o **acolhimento destas demandas e necessidades**?
- Neste segundo ano de pandemia, como foi o fluxo de **demandas espontânea** dos usuários?
- **Quantos serviços e usuários** são acompanhados hoje pelo Núcleo? Quantos com demanda de saúde mental?
- **Em que situações** a UBS, serviços do SUAS e da RAPS **solicitam apoio ao NASF para identificação das demandas psicossociais**? São desenvolvidas estratégias e linhas de cuidado com papéis e atribuições de cada serviço nesse cuidado?
- Quais são as **ações e abordagens de cuidado em saúde mental oferecidas pelo NASF**? Quais profissionais participam? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Durante a pandemia, como se deu a **continuidade do cuidado e o monitoramento** de situações de sofrimento mental?
- **Como o NASF está funcionando atualmente**? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Foram desenvolvidas outras estratégias?
- Como você avalia os **encaminhamentos realizados** para o NASF pelos outros serviços? São desenvolvidas estratégias e linhas de cuidado com papéis e atribuições de cada serviço nesse cuidado?
- De que forma as **reuniões de matriciamento** estão acontecendo? Quais profissionais e serviços participam? Em que momentos essas reuniões são realizadas? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço? Comente.
- Qual sua percepção sobre o **trabalho em rede na saúde mental** do município? Os serviços da RAPS, tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede? Vocês realizam reuniões na RAPS? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Como você avalia as **ações e estratégias desenvolvidas pelo NASF nesse segundo ano da pandemia**? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

### 2 - O NASF, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O SUAS

- O NASF costuma **identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade**? Como essas pessoas acessam o serviço? Existem estratégias de cuidado específicas para este grupo? Como o serviço rastreia, identifica (**busca ativa**) e **acolhe** essas demandas?
- Existe alguma **articulação com os serviços do SUAS para o cuidado psicossocial da população em situação de vulnerabilidade social**? **O trabalho é realizado de forma conjunta**? Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? Em quais situações?
- O NASF costuma **identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de rua**? Como essas pessoas acessam o serviço? Existem estratégias de cuidado específicas para este grupo? Como o serviço rastreia, **identifica (busca ativa) e acolhe** essas demandas?

- Existe alguma **articulação com os serviços do SUAS para o cuidado psicossocial da população em situação de rua? O trabalho é realizado de forma conjunta?** Existem papéis e atribuições estabelecidos para cada ponto de atenção? Em quais situações?
- O NASF possui **articulação com outras instituições/Secretarias?** Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop rua, negro, Pop Lgbtqi+)? Se sim, como ocorre?
- Qual a **sua percepção sobre os serviços do SUAS?**
- Vocês mantêm **reuniões com o SUAS?** Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- As **visitas domiciliares** estão acontecendo normalmente? Quais serviços/equipes/profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma **articulação dessas visitas domiciliares** com as visitas realizadas pela RAPS e pelos serviços do SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Neste segundo ano de pandemia, houve **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Neste segundo ano de pandemia, houve alguma ação do NASF para **orientação à população sobre o COVID 19?** Tem parceria com o SUAS para isso? Existe alguma ação para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação de vulnerabilidade social e situação de rua?
- Como o NASF tem lidado com o acompanhamento dos **casos suspeitos e confirmados, internações e óbitos** por COVID 19 das populações em situação de vulnerabilidade social e da população em situação de rua?
- Você comentou que uma estratégia adotada para lidar com pacientes em **situação de sofrimento decorrência da Covid-19** foi manter a agenda sempre aberta (Demanda espontânea/ Situações de luto). Qual a estratégia de cuidado estabelecida nessas situações? Quais profissionais e serviços participam? Como é feito o acompanhamento desses casos?
- Como o NASF tem abordado a situação de **usuários que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias**, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o SUAS para isso?

## Anexo VI - RAPS - Questionário CAPS Adulto

### 1 –FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- **Quais/quantos profissionais compõem** atualmente o serviço que você atua?
- Quais **grupos populacionais** são atualmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade, população em situação de rua)?
- Você percebeu alguma **mudança no perfil dos usuários** que buscam o serviço durante a pandemia? Se sim, qual? Houve aumento da procura por **pessoas e famílias em situação de maior vulnerabilidade social**?
- Quais são as **principais demandas e necessidades** atendidas no CAPS atualmente? Houve aumento de alguma demanda? As demandas chegam mais por encaminhamento ou são espontâneas?
- Como os **usuários têm chegado até o serviço**? Como o CAPS atualmente **identifica as necessidades e demandas psicossociais e de sofrimento mental** no território?
- Como é feito o **acolhimento destas demandas e necessidades**?
- **Quantos usuários** são acompanhados atualmente pelo serviço
- Quais são as **ações e abordagens de cuidado oferecidas atualmente pelo CAPS adulto**? Existe diálogo com os frequentadores para pactuar essas ações?
- Como o **serviço está funcionando atualmente**? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Oferece atendimento individual, em que situações? Foram desenvolvidas outras estratégias?
- Qual é o **fluxo de cuidado** dentro do serviço? Quando um usuário novo chega, qual é o caminho de atendimento? Mudou alguma coisa depois da pandemia?
- Qual é o critério para **encaminhamento para algum outro ponto de atenção da RAPS**? Tem sido resolutiva as situações de encaminhamento? Como vocês acompanham ou monitoram o resultado do encaminhamento?
- Você considera que há uma **sobrecarga de encaminhamento dos serviços** para o Caps Adulto? Se sim, há que razões atribui a isso? De que forma o número de encaminhamentos poderia ser reduzido?
- Vocês realizam **reunião de equipe** para discussão de caso? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam?
- Que **tipo de articulação** o CAPS adulto tem com os outros serviços da RAPS? Quando e como acontecem essas articulações? Vocês realizam reuniões na RAPS?
- Qual sua percepção sobre o **trabalho em rede na saúde mental** do município? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?
- Neste segundo ano de pandemia, houve alguma **diretriz/orientação para a organização do serviço**?
- Como você avalia as ações e **estratégias desenvolvidas para a organização do CAPS Adulto** nesse segundo ano da pandemia? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

### 2 - O CAPS, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O SUAS:

- Qual tem sido a estratégia do CAPS adulto para **rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento** das demandas e necessidades de **pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social nos territórios**?
- Quais as **principais demandas psicossociais/saúde mental dessa população em situação de vulnerabilidade social**?

- O CAPS adulto possui **articulação com outras instituições/Secretarias**? Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop rua, negro, Pop Lgbtqia+)? Se sim, como ocorre?
- Qual a **sua percepção sobre os serviços do SUAS**?
- Existe alguma **linha de cuidado específica para população em situação de rua e pessoas em situação de vulnerabilidade social**? Em que situações? Quais profissionais e serviços estão envolvidos, existe articulação com o SUAS? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado? Como é feito o acompanhamento desses casos? Quais as dificuldades e potencialidades?
- Vocês têm **reuniões com o SUAS**? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Estão sendo realizadas **visitas domiciliares**? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma **articulação dessas visitas domiciliares** com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e o SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Como está ocorrendo a **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia? Foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Existe alguma ação no serviço para **orientação e distribuição de insumos** de proteção individual à população em situação de vulnerabilidade sobre o COVID 19? Tem parceria com o SUAS para isso?
- Como o serviço tem lidado com o acompanhamento dos **casos suspeitos e confirmados, internações e óbitos** por COVID 19 dos frequentadores?
- Como o CAPS têm abordado a situação de **usuários que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias**, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos?

## Anexo VII - RAPS - Questionário CAPS Álcool e Outras Drogas

### 1 - FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

- Quais/quantos **profissionais** compõem atualmente o serviço que você atua?
- Como normalmente os **usuários chegam até o serviço**? Como o CAPS ad identifica as demandas associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas no território?
- Quais **grupos populacionais** são normalmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade, população em situação de rua)?
- Você percebeu alguma **mudança no perfil dos usuários** que buscam o serviço durante a pandemia? Se sim, quais?
- Quais são as **principais demandas e necessidades** atendidas no CAPS atualmente? Existem demandas para além das situações de uso abusivo de substâncias? As demandas chegam mais por encaminhamento ou são espontâneas?
- Como normalmente os **usuários chegam até o serviço**? Como o CAPS ad identifica as demandas associadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas no território?
- Como é feito o **acolhimento destas demandas e necessidades**?
- **Quantos usuários** são acompanhados atualmente pelo serviço?
- Quais são as **ações e abordagens de cuidado oferecidas atualmente pelo CAPS ad**? Existe diálogo com os frequentadores para pactuar essas ações?
- Como o **serviço está funcionando atualmente**? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Oferece atendimento individual, em que situações? Foram desenvolvidas outras estratégias?
- Qual é o **fluxo de cuidado** dentro do serviço? Quando um usuário novo chega, qual é o caminho de atendimento? Mudou alguma coisa depois da pandemia?
- Qual é o critério para **encaminhamento para algum outro ponto de atenção da RAPS**? Tem sido resolutiva as situações de encaminhamento? Como vocês acompanham ou monitoram o resultado do encaminhamento?
- Voc considera que há uma **sobrecarga de encaminhamento dos serviços** para o Caps ad? Se sim, que razões atribui a isso? De que forma o número de encaminhamentos poderia ser reduzido?
- Quais **ações de redução de danos** são ofertadas? Existe diálogo com os frequentadores para pactuar essas ações?
- Durante a pandemia, como se deu a **continuidade do cuidado e o monitoramento** de situações de uso abusivo de álcool e outras drogas?
- Você percebeu um **aumento de abuso de substâncias** nesse segundo ano de pandemia? Em alguma população específica? (sexo, raça/cor, faixa etária).
- Vocês realizam **reunião de equipe** para discussão de caso? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam?
- Que **tipo de articulação** o CAPS ad tem com os outros serviços da RAPS? Vocês realizam reuniões na RAPS?
- Qual sua percepção sobre o **trabalho em rede na saúde mental** do município? Os serviços da RAPS, incluindo a AB, tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?
- Neste segundo ano de pandemia, houve alguma **diretriz/orientação para a organização do serviço**? Comente.
- Como você avalia as ações e **estratégias desenvolvidas para a organização do CAPS Ad** nesse segundo ano da pandemia? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

### 2 - O CAPS, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O SUAS:

- Qual tem sido a estratégia do CAPS ad para **rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento** das demandas e necessidades de **pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade social nos territórios**?

- Quais as **principais demandas psicossociais/saúde mental dessa população em situação de maior vulnerabilidade social**? Existem estratégias de cuidado específicas para estas pessoas mais vulneráveis? Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado?
- Existe alguma **linha de cuidado específica para população em situação de rua e pessoas em situação de vulnerabilidade social**? Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado? Existe um trabalho conjunto com os **serviços do SUAS** Em quais situações? Quais são as dificuldades e potencialidades?
- O CAPS ad possui **articulação com outras instituições/Secretarias**? Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop rua, negro, Pop Lgbtqia+)? Se sim, como ocorre?
- Qual a **sua percepção sobre os serviços do SUAS**?
- Vocês têm **reuniões com o SUAS**? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? O que discutem nessas reuniões? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Estão sendo realizadas **visitas domiciliares**? Em que situações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como são estruturadas e que ações são desenvolvidas nessas visitas? Existe alguma **articulação entre essas visitas** com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e o SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Como está ocorrendo a **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia? Foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Vocês estão realizando **ações na própria rua ou nos locais onde a população em situação de rua costuma habitar**? Que ações? Quais equipes/ profissionais fazem isso? Como avalia essas ações?
- Existe alguma ação no serviço para **orientação e distribuição de insumos** de proteção individual à população em situação de vulnerabilidade sobre o COVID 19? Tem parceria com o SUAS para isso?
- Como o serviço tem lidado com os **casos suspeitos, internações e óbitos por COVID-19 dos frequentadores**? Qual tem sido a estratégia para o manejo destas situações?
- Como o CAPS têm abordado a situação de **usuários que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias**, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos?

## Anexo VIII - RAPS - Questionário CAPS Infante Juvenil

### 1 – FUNCIONAMENTO DA REDE E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO:

- **Quais/quantos profissionais** compõem atualmente o serviço que você atua?
- Quais **grupos populacionais** são atualmente atendidos neste serviço? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade, população em situação de rua).
- Você percebeu alguma **mudança no perfil dos usuários** que buscam o serviço durante a pandemia? Se sim, qual? Houve aumento da procura de **crianças/adolescentes/famílias em situação de maior vulnerabilidade social**?
- Quais são as **principais demandas e necessidades atendidas** no CAPS atualmente? Houve alguma alteração em relação ao ano passado?
- Como normalmente os usuários **chegam até o serviço**? Como o CAPS IJ identifica as demandas e necessidades de sofrimento mental no território?
- Como é feito o **acolhimento destas demandas e necessidades**?
- **Quantos usuários** são acompanhados atualmente no CAPS?
- Quais são as **ações e abordagens de cuidado oferecidas atualmente pelo CAPS IJ**? Existe diálogo com os frequentadores para pactuar essas ações?
- Como está o **funcionamento do serviço atualmente**? Como estão funcionando os atendimentos presenciais, oficinas e atividades em grupo? Existe ainda alguma atividade remota (teleatendimento, monitoramento por telefone)? Oferece atendimento individual, em que situações? Foram desenvolvidas outras estratégias?
- Qual é o **fluxo de cuidado** dentro do serviço? Quando um usuário novo chega, qual é o caminho de atendimento? Mudou alguma coisa depois da pandemia?
- Qual é o critério para **encaminhamento para algum outro ponto de atenção da RAPS**? Tem sido resolutiva as situações de encaminhamento? Como vocês acompanham ou monitoram o resultado do encaminhamento?
- Você considera que há uma **sobrecarga de encaminhamento dos serviços** para o Caps IJ? Se sim, que razões atribui a isso? De que forma o número de encaminhamentos poderia ser reduzido?
- Vocês realizam **reunião de equipe** para discussão de caso? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam?
- Que **tipo de articulação** o CAPS IJ tem com os outros serviços da RAPS? Vocês realizam reuniões na RAPS?
- Qual sua percepção sobre o **trabalho em rede na saúde mental** do município? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede?
- Neste segundo ano de pandemia, o serviço recebeu alguma **diretriz/orientação da Secretaria Municipal de Saúde**?
- Como você **avalia as ações e estratégias desenvolvidas** para a organização do CAPS Infante Juvenil nesse segundo ano da pandemia? O que deu certo? Quais os desafios do atual contexto?

### 2 - O CAPS, PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL E O SUAS:

- Qual tem sido a estratégia do CAPS IJ para **rastreamento, identificação (busca ativa) e acolhimento** das demandas e necessidades de **crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social nos territórios**?
- Quais as **principais demandas psicossociais/saúde mental dessa população em situação de vulnerabilidade social e em situação de rua**?
- O CAPS IJ possui **articulação com outras instituições/Secretarias**? Em que situações? Como ocorrem? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop rua, negro, Pop Lgbtqia+)? Se sim, como ocorre? O serviço possui **articulação com o Conselho Tutelar**? Em que tipo de situação? Quais são as dificuldades e potencialidades dessa relação?

- Qual a sua **percepção sobre os serviços do SUAS?**
- Existe alguma **linha de cuidado específica para crianças e adolescentes em situação de rua e famílias em situação de vulnerabilidade social?** Quais profissionais e serviços estão envolvidos?
- Existe **linha de cuidado conjunta** com outros serviços da RAPS e do SUAS para o **manejo do uso abusivo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes?** Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado? Como é feito o acompanhamento desses casos? Quais as dificuldades e potencialidades?
- Existe **linha de cuidado conjunta** com outros serviços da RAPS e do SUAS para **demandas de abandono, negligência, desamparo, cárcere?** Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado? Como é feito o acompanhamento desses casos? Quais as dificuldades e potencialidades?
- Existe **linha de cuidado conjunta** com outros serviços da RAPS (UBS, UPA, CAISM, Comitê de Violência) e do SUAS para o **manejo de situações de violência infanto-juvenil?** Quais profissionais e serviços estão envolvidos? Qual o papel e atribuição de cada serviço nesse cuidado? Quais as dificuldades e potencialidades?
- O Caps IJ desenvolve **ações de orientação e prevenção de violência infanto-juvenil no território?** Se sim, existem parcerias para isso? (Núcleo de violência, conselho tutelar, SUAS, secretária da educação)? Como avalia essas ações? De que forma as famílias participam? Caso não ocorra, de que maneira você acha que essas ações poderiam ser desenvolvidas para reduzir os casos de violência infanto-juvenil no território?
- Vocês têm **reuniões com o SUAS?** Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Qual o impacto dessas reuniões na organização do serviço?
- Vocês costumam realizar **visitas domiciliares?** Em que situações? Que ações são desenvolvidas nessas visitas? Quais equipes/profissionais fazem isso? Existe alguma **articulação dessas visitas domiciliares** com as visitas realizadas pelas UBS/NASF e pelos serviços do SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?
- Como está ocorrendo a **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia? Foram pensadas ações comunitárias? Se sim, quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas ações específicas para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Existe alguma ação no serviço para **orientação e distribuição de insumos** de proteção individual à população em situação de vulnerabilidade sobre o COVID 19? Tem parceria com o SUAS para isso?
- Como o serviço tem lidado com o acompanhamento dos **casos suspeitos e confirmados, internações e óbitos** por COVID 19 dos frequentadores do serviço?
- Como o CAPS têm abordado a **situação de crianças e adolescentes que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde** em suas famílias, causados pela COVID-19? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos?

## Anexo XI - RAPS - Questionário Gestão

### 1 – RAPS - TRABALHO EM REDE E ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL:

- Atualmente, **como é composta a Rede de Atenção Psicossocial de Franco da Rocha**? Quais e quantos profissionais compõem esta rede? O número ou formação de funcionários mudou devido à pandemia?
- Qual sua **percepção sobre o trabalho em rede** na saúde mental do município? A RAPS do município tem conseguido trabalhar em rede e desenvolver estratégias conjuntas de cuidado? Atualmente estão ocorrendo **reuniões da Rede de Atenção Psicossocial**? Quais são os pontos fortes e fragilidades desse trabalho em rede desenvolvido pelos serviços? Mudou algo em relação ao trabalho em rede, após a pandemia?
- A RAPS de Franco da Rocha tem estabelecido **articulação intersetorial com outras Secretarias e instituições, para a atenção psicossocial e o cuidado integral** em saúde mental? Com quais Secretarias e instituições e em que situações? Há alguma articulação com os movimentos sociais (Pop rua, negro, Pop Lgbtqia+, violência contra mulheres)? Qual sua avaliação sobre tais ações intersectoriais?
- Como os serviços e profissionais da RAPS costumam **identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade social**? Existem estratégias específicas para estes grupos sociais?
- Como os serviços e profissionais da RAPS costumam **identificar e abordar as necessidades psicossociais de famílias e pessoas em situação de rua**? Existem estratégias específicas para este grupo social?
- Qual sua percepção sobre o trabalho **executado pelos serviços da Rede de Assistência Social (SUAS)**?
- Existe alguma **articulação ou trabalho conjunto com estes serviços**? Em que situações acontece a **articulação intersetorial entre os serviços da RAPS e as unidades do SUAS**? Quais serviços participam? Como você qualifica essa articulação? Quais dificuldades e potencialidades existem nessa articulação?
- Houve alguma **mudança na articulação com a o SUAS** durante ou após a pandemia? Vocês têm mantido **reuniões com o SUAS** durante a pandemia? Com quais objetivos? Quais serviços e profissionais participam? Como avalia essas ações conjuntas? Se não existem, quais são os obstáculos e dificuldades?
- Os profissionais da RAPS realizam **visitas domiciliares**? Em que situações ou circunstâncias? Existe alguma articulação entre essas visitas e as visitas realizadas pelos profissionais do SUAS? Quais as principais dificuldades e potencialidades?

### 2 – RAPS, PANDEMIA E O CUIDADO ÀS PESSOAS COM VULNERABILIDADE SOCIAL:

- Como você avalia as **ações e estratégias desenvolvidas para a organização da RAPS** neste segundo ano **de pandemia**? O que deu certo? Quais ações se mantêm? Quais os desafios do momento atual? (Organização das equipes, atendimentos presenciais, atividades em grupo/individual, atendimentos telefônicos e online, uso de mídias sociais?).
- Houve alguma mudança no **perfil das pessoas com sofrimento mental e demandas psicossociais**? (faixa etária, sexo, raça, nível socio econômico, escolaridade).
- Observou-se algum **aumento da população em situação de vulnerabilidade social durante a pandemia**? Explique.
- Existe alguma **diretriz da gestão direcionada à população em situação de vulnerabilidade social**? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento das necessidades psicossociais, cuidado e acompanhamento desta população? Quais serviços e profissionais estão envolvidos? **O trabalho é realizado de forma conjunta com o SUAS**? Como isso acontece? Existem **papéis e atribuições** estabelecidos para cada ponto de atenção?

- Observou-se um **aumento do uso abusivo de substâncias psicoativas** durante a pandemia? Em quais populações? Existe alguma diretriz da gestão direcionada ao cuidado com **uso abusivo de substâncias psicoativas nesses grupos sociais**? Quais estratégias e ações estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos? Quais serviços estão envolvidos? Existe **articulação com o SUAS**? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Observou-se **aumento de situações de violência** (física, sexual, emocional)? Em quais populações? E **na população em situação de vulnerabilidade social**? Existe alguma diretriz da gestão direcionada a estas situações? Quais estratégias estão sendo utilizadas para rastreamento, cuidado e acompanhamento desses casos e nessas populações? Quais serviços estão envolvidos? Existe **articulação com o SUAS**? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Observou-se um **aumento de sofrimento psicossocial/emocional, de episódios de crise e tentativa de suicídio, em populações em situação de vulnerabilidade social**? Que estratégias foram adotadas para o manejo dessas situações? Existe **articulação com o SUAS para o manejo dessas situações de sofrimento**? Como avalia essas ações? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Quais **ações estão sendo desenvolvidas para que a situação de vulnerabilidade social temporária**, crescente na população, não progrida para uma **vulnerabilidade permanente**? Houve aumento de demanda em algum grupo específico? Quais? Existe **articulação com o SUAS**? Existe diálogo com os usuários para pactuar essas ações?
- Como está ocorrendo a **articulação com os recursos da comunidade** (igreja, lideranças comunitárias, grupos sociais específicos) durante a pandemia? Foram pensadas ações comunitárias? Quais ações foram desenvolvidas? Há espaços de diálogo com a população? São desenvolvidas **ações comunitárias** para pessoas e famílias em situação de rua e vulnerabilidade social?
- Existe alguma ação da RAPS/SUS para **orientação à população em situação de vulnerabilidade social sobre o COVID 19**? Existem ações para dar acesso a insumos de proteção individual a estes grupos em situação vulnerável? Quais? Existe alguma parceria com o SUAS para isso?
- Existe alguma estratégia da RAPS/SUS para o **manejo de casos suspeitos ou confirmados de COVID 19, internações e óbitos** entre a população vulnerável existe alguma parceria com o SUAS para isso? Como avalia essas ações? Como o SUS tem abordado a **situação de crianças /adolescentes/idosos/deficientes que foram prejudicados por óbitos e problemas de saúde em suas famílias, causados pela COVID-19**? Que estratégias estão sendo adotadas para a proteção social desses grupos? Existe alguma parceria com o SUAS para isso? Como avalia essas ações?