



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

MATHEUS DE ALMEIDA MARTINS

ALÔ? ABRINDO DIÁLOGOS REMOTOS EM SAÚDE MENTAL- UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE VILA RENATO -MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-SP

SÃO PAULO
2022

MATHEUS DE ALMEIDA MARTINS

ALÔ? ABRINDO DIÁLOGOS REMOTOS EM SAÚDE MENTAL- UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE VILA RENATO -MUNICÍPIO DE SÃO PAULO-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: ROSSANA FLÁVIA RODRIGUES SILVÉRIO DOS SANTOS

SÃO PAULO
2022

Resumo

Na vigência da crise sanitária causada pela pandemia de COVID-19, os equipamentos de Atenção Primária à Saúde (APS) foram crescentemente utilizados para auxiliar no atendimento à demanda respiratória e as possibilidades de agendamento foram modificadas, principalmente, em consonância com medidas de distanciamento social, levando à suspensão de atividades coletivas e, por meses, rarefação de vagas de agendamento presencial. Nesse cenário, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Renato em São Paulo-SP tem renovado quase a totalidade de seus receituários controlados por fluxos que não envolvem atendimento dos usuários. Dessa forma, nos quase dois anos da atual crise, a maioria dos indivíduos em uso de psicofármacos não tem tido o acompanhamento apropriado de sua condição de base. O presente Projeto de Intervenção (PI) visa analisar a situação de saúde mental em contexto da pandemia de COVID-19 e, diante da realidade da UBS Vila Renato, propor a implementação de fluxo de avaliação de saúde mental por meio de teleconsultas, tendo sido garantida a ausência de contraindicações para uso do método. Visa repensar o acesso para reaproximar esses usuários a fim de não só reavaliá-los em consulta médica, mas também inserí-los em um cuidado maior que a prescrição de fármacos em si.

Palavra-chave

Psicotrópicos. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde Mental.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Diante da pandemia de Covid-19, o sistema de saúde reajustou sua forma de atendimento, a fim de adequar o uso dos espaços físicos para providenciar segurança aos usuários e funcionários, bem como visando atender às novas questões de saúde. Nesta readequação, a demanda de condições crônicas cresceu em detrimento do foco em condições agudas e intervenções temáticas, estas centradas no manejo da pandemia e dos sintomáticos respiratórios. A restrição de horários de consulta e de atendimentos em grupo favoreceu a repressão dessa demanda, surgindo como alternativa o incremento de tecnologias de informação e comunicação ao cuidado; pode observar também o peso do desmonte gradual do NASF na cidade de São Paulo, deixando vazios de cuidado enquanto se estruturam os polos regionais que devem abarcar parte de suas ações. Com a perda de tantos espaços de intervenção não medicamentosa no cuidado, houve um crescimento da importância dada à adesão às prescrições - e garantia de sua renovação - em todos os territórios pelos quais passei durante esse ano da residência médica em Medicina de Família e Comunidade, não sendo diferente na UBS Vila Renato, em Sapopemba (São Paulo/SP), unidade que será o cenário do Projeto de Intervenção. Dentre as condições crônicas que perderam aspectos de seu seguimento, um eixo particularmente afetado foi o da Saúde Mental, devido tanto à dificuldade de acompanhar casos vigentes quanto à incapacidade de abarcar os aspectos de sofrimento psíquico trazidos pelas condições sanitárias, sociais, econômicas e políticas da atual crise, merecendo ênfase especial o luto familiar. O eixo de cuidado em saúde mental, pela natureza do seu atendimento, pode muitas vezes utilizar de uma menor densidade tecnológica, sendo uma demanda passível de alocação em agendas de teleconsulta. Assim, será possível dar vazão à parte da demanda reprimida nesse eixo para reorganização dos serviços. Esse recurso, porém, não é uma panaceia: há indicações maiores e, principalmente, há contraindicações para a utilização de consultas remotas e não se pode inserir a ferramenta sem pensar seu uso.

No cenário atual da UBS, os receituários controlados renovados sem consulta beiram a totalidade; o ato da renovação ocorre conforme a agenda e a demanda espontânea permitem, sem horário resguardado; daí surge um descompasso no qual mesmo a receita sem consulta não está garantida a tempo do fim dos remédios. Se pensar Acesso como “a possibilidade de identificar necessidades de atenção à saúde, de procurar serviços de saúde, de alcançar os recursos de atenção à saúde, de usar os serviços de saúde e de realmente oferecer serviços apropriados para as necessidades de cuidados” (MENDES, 2019, p. 514), não se pode dizer que está cumprindo plenamente o princípio ao adaptar constantemente a rotina das UBS para abraçar a demanda pandêmica. Há precedente para utilização de consulta remota para avaliação de saúde mental, conforme inclusive referido no Manual de Teleconsulta na APS do TelessaúdeRS-UFRGS (NASCIMENTO *et al.*, 2020); apesar dessa potência, é necessário garantir que não será indicada a ferramenta para pessoas que, a priori, apresentem alguma contraindicação a seu uso. Faz-se necessário pensar um fluxo para lidar com a demanda reprimida em saúde mental, aproveitando de novas ferramentas nos preparando para os problemas que elas podem trazer, e retomando um olhar sobre aqueles cujos nomes encabeçam as receitas renovadas. O Projeto de Intervenção justifica-se, pois tem como proposta ampliar o acesso da população ao atendimento através da consulta remota levando em consideração a existência de um espaço seguro para diálogo e será aplicado na UBS Vila Renato, sendo de relevância para o território.

ESTUDO DA LITERATURA

As doenças psiquiátricas figuram de maneira modesta em rankings de mortalidade, porém ganham impacto quando se analisa o impacto que causam na vida do indivíduo. É o que mede o chamado *DALY - Disability Adjusted Life Years* (anos de vida perdidos por incapacidade). Analisando o *ranking* de impacto para São Paulo na última edição publicada do DALY (2019), pode-se observar que transtornos mentais representam o 21º lugar em óbitos, porém 2º lugar em anos vividos com incapacidade (YLD, em inglês), totalizando 4ª colocação na lista dos DALY (atrás apenas de doenças musculoesqueléticas, neoplasias e doenças cardiovasculares, em ordem crescente). Cabe ressaltar que esse impacto todo é atingido sem somar Uso de Substâncias e Dano Autoinflingido, que tem campos próprios (ambos nas 20 principais causas para os 3 indicadores). Se olhar especificamente para Depressão e Ansiedade, pode-se observar que elas representam 6,17 e 5,78%, respectivamente, dos YLD, dentre todas as causas; ao somar os YLD com as ponderações sobre óbitos, porém, os DALY resultantes seriam 2,68 e 2,51% dos DALY. Esses dois comportamentos numéricos reforçam o mesmo aspecto epidemiológico nas doenças psiquiátricas: as doenças psiquiátricas causam um impacto profundo na vida das pessoas, embora apresentem uma relativa baixa mortalidade que falseia seu peso; assim, lidar adequadamente com tais demandas traz repercussões significativas em qualidade de vida.

Brunoni *et al.* (2021) analisaram os dados de São Paulo da coorte multicêntrica ELSA Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto) e compararam taxas de sintomas psiquiátricos comuns além de transtornos depressivos, ansiosos e mental comum (TMC) entre levantamentos pré-pandêmicos e três momentos durante o ano de 2020. Ao fim, não foi observada piora nos indicadores de saúde mental associada à pandemia na população seguida - na realidade, foi encontrada redução discreta de sintomas psiquiátricos ao longo de 2020, para a qual Brunoni levanta a possibilidade de a situação já estar saturada previamente à pandemia, limitando um aumento, bem como possível fator protetor das redes sociais contra o isolamento. A análise evidenciou também associação de fatores de risco ligados a desvantagens sociais e econômicas (notadamente, sexo feminino, etnias não-brancas e baixo nível educacional) com maior risco de TMC, em consonância com estudos prévios com dados da coorte. Comorbidade psiquiátrica também foi observada como fator de risco para apresentação de TMC durante o ano de 2020 na população seguida, enfatizando a necessidade de acompanhamento de saúde mental durante a pandemia, bem como a importância da capilarização dessa atenção para populações de risco. Cabe a ressalva de que se trata de uma coorte ocupacional, não populacional, o que limita algumas de suas generalizações.

Apesar do estudo acima não ter encontrado aumento de sintomas e transtornos psiquiátricos na população analisada, cabe lembrar que o fenômeno da repressão da demanda é maior que puramente um aumento de incidência e prevalência. Olhando para a relação entre necessidade de avaliação de saúde mental e disponibilidade dos serviços, Ornell *et al.* (2021) concluiu que houve uma queda de consultas em psiquiatria, de psicoterapia e intervenções em grupo de saúde mental desde o começo da crise do COVID-19 no Brasil. Além da cobertura de casos prévios, houve o surgimento de relatos de sintomas depressivos, ansiosos e de stress pós-traumáticos associados à infecção por COVID-19 mesmo em usuários sem histórico psiquiátrico prévio; a demanda por atenção em saúde mental já era maior que a oferta antes da pandemia e esse desbalanço apenas aumentou com o andar da crise, o que pode apontar um aumento da carga global de adoecimento mental. O estudo também menciona o aumento de procuras em mal-estar agudo em detrimento do seguimento longitudinal, bem como, com reduções de possibilidades de hospitalização pela logística de distanciamento social, pode ter havido sobrecarga de CAPS com casos mais graves.

Eugênio Vilaça menciona esse comportamento em seu material Desafios do SUS (CONASS, 2019), no qual afirma que é próprio de redes de atenção à saúde que o desvio das demandas entre os polos conforme surgem barreiras de acesso em alguns pontos; é semelhante ao aumento de casos emergenciais em UBS pela saturação dos Prontos-Socorros e Unidades de Pronto Atendimento (e mesmo de casos de saúde mental mais graves na própria APS, por extensão). O autor também menciona a importância de se racionalizar tanto oferta quanto demanda. Quanto à segunda, passa pela análise de que nem toda demanda apresentada vai trazer benefícios se atendida, devendo ser mantido em mente a existência de protocolos e diretrizes clínicas que norteiem quando iniciar dados fluxos e quando não; além disso, uma análise dinâmica de como a demanda se comporta, desengessando os fluxos, e uma alocação adequada de usuários para cada equipe são fundamentais para que possa avaliar um primeiro contato como efetivo. Quanto à primeira, por sua vez, se discute muito no Brasil a ampliação da oferta, deixando um pouco de lado sua racionalização; mais que criar vagas ou aumentar o número de atendimentos/hora, precisa-se pensar em fluxos e espaços que consigam avaliar adequadamente o problema e encaminhar uma resolução, eliminando redundâncias e retrabalhos, utilizando de equipes multiprofissionais ou introduzindo novas formas de encontros clínicos. Por qualquer olhar quanto ao acesso, a renovação de receitas

sem avaliação mascara uma resolução de demanda com a oferta de um processo muito distal no cuidado em saúde mental.

Além de uma falsa solução, cabe pincelar aqui o que o Código de Ética Médica (2018) afirma sobre renovação de receitas sem avaliação associada: Em seu Capítulo V - Relação com Pacientes e Familiares afirma que:

É vedado ao médico: [...]

Art. 37. Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa. (CFM, 2018).

Já em seu Capítulo X - Documentos Médicos, afirma:

É vedado ao médico:

Art. 80. Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade. (CFM, 2018).

Tais pareceres, sendo escritos antes da atual crise sanitária, devem e foram adaptados para a realidade cotidiana, em nome de dar o tempo necessário para os serviços se ajustarem; ainda assim, as discussões que fundamentam esses pareceres seguem valendo: é questionável justificar uma conduta sem a devida avaliação.

Pensando em fornecer um encontro clínico para essa avaliação, a teleconsulta surge como uma ferramenta potente. Além de criar mais um espaço para diálogo entre profissional e usuário, permite a realização do exame do estado mental com alta viabilidade, bem como a particularidade de uma consulta focada em saúde mental muitas vezes contorna a necessidade de um exame físico mais completo, superando assim uma dificuldade ocasionais do método (SCHMITZ *et al.*, 2021), além de registrar redução de absenteísmo em experiências internacionais (MENDES, 2019). A discussão sobre telepsiquiatria tem crescido internacionalmente durante as revisões recentes de critérios de telemedicina devido a COVID-19, com muitas experiências externas que podem ser estudadas para planejar fluxos (KINOSHITA, 2020). No caso brasileiro, houve abertura temporário para uso de telemedicina vinculado à crise sanitária atual (por meio da Lei nº 13.989, de 15 de abril 2020) conforme especificações do Conselho Federal de Medicina em seu Ofício nº 1.756 de 19 de março de 2020, após anos de legislação mais conservadora quanto ao método.

Diante da liberação e de vantagens trazidas pela ferramenta, precisa-se manter em mente os novos empecilhos que ela pode trazer: requer ampla disponibilidade da tecnologia de comunicação a ser usada no território; requer domínio, pelo usuário, da tecnologia a ser utilizada; requer que o usuário tenha disponível um local com privacidade, para que possa ser franco sem que se perca o sigilo inerente à consulta; preferencialmente, haver uma constância dos profissionais que realizam o contato (SCHMITZ *et al.*, 2021; CATAPAN; CALVO, 2020). Olhando pelo lado do serviço, a introdução de uma nova ferramenta precisa de uma revisão dos processos de trabalho, pois altera o uso do tempo e do espaço laboral, bem como ressignifica as possibilidades de oferta. A própria produção de evidências baseada na situação atual de uso de tecnologias no Brasil é afetada pela não tipificação clara da teleconsulta como processo, de forma que várias consultas remotas podem ter sido lançadas no TABNET como outra modalidade de atendimento (ORNELL, 2021).

É necessário discutir maneiras de realizar adequadamente a prescrição, para que se possa inclusive ver quando modificá-la ou suspendê-la (CHIAVERINI, 2011). Com o deslocamento do foco do cuidado para o atendimento da demanda de síndrome gripal e com o eixo de saúde mental caracterizado por redução de atendimentos, fim dos grupos e manutenção das renovações de receita, precisa lançar luz aos riscos de uma medicalização desmedida das demandas. Quaisquer que sejam os planos de compensação da situação de maneira aguda, devem ter em seu horizonte a descentralização do cuidado, as trocas matriciais, a integralidade

do cuidado, a construção conjunta de um plano terapêutico e o exercício da autonomia do usuário, para que possa atender aos princípios da APS e reerguer uma RAPS mais forte contra essa próxima pandemia que fica ofuscada diante da de origem viral. Como afirma Caminha, Jorge e Linard (2021), “a oferta do cuidado na seara da saúde mental floresce a partir do encontro entre usuários e profissionais”.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Propor, junto à equipe da UBS Vila Renato, a reavaliação do processo de trabalho ampliando o acesso da população com ênfase ao atendimento de saúde mental, utilizando a ferramenta da teleconsulta como eixo norteador do cuidado.

Objetivos específicos

Levantar a população em tratamento com medicações controladas em contexto de restrições de uso de serviços presenciais;

Avaliar a disponibilidade dos usuários para teleconsulta, levando em conta as contraindicações absolutas e relativas;

Prever a capacidade Operacional de Recursos Humanos e estruturais como disponibilidade de agenda, equipamentos de informática/telecomunicações, disponibilidade de sinal telefônico/rede de internet da UBS;

Reaver a proximidade do vínculo dos usuários-alvo e o serviço de Atenção Primária

AÇÕES

Local: O PI será realizado na UBS Vila Renato, na região de Sapopemba em São Paulo-SP. Trata-se de uma unidade com 3 equipes de Estratégia de Saúde da Família, e equipe de Nasf-AB.

Público-alvo: usuários maiores de 18 anos que utilizam medicações controladas, em especial aqueles que têm renovado seus receituários por fluxos indiretos, sem atendimento associado, gerando um afastamento entre a última avaliação clínica e as renovações mais recentes.

Participantes: participarão da aplicação do PI a médica da Equipe Vermelha, o médico residente sob sua supervisão, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Equipe Vermelha, profissionais da farmácia da Unidade, a gerência da Unidade e as profissionais do NASF associado à UBS. Para fins operacionais, este PI será pensado inicialmente no escopo de uma das ESF, a Equipe Vermelha, e a população sob seus cuidados, para posteriormente ser avaliada a extensão da intervenção para a totalidade da Unidade.

Ações: será feita a apresentação das etapas do projeto para todos os participantes envolvidos

1ª Etapa: Elaboração gradual de uma lista dos usuários sob os cuidados da Equipe Vermelha que façam uso de medicações controlado. O levantamento pode ser realizado pela coleta de casos sabidamente sintomáticos pelos ACS, relatados em reunião de equipe (para tal, cabem sintomas de sofrimento psíquico mesmo em indivíduos que ainda não tenham e que talvez nem venham a fechar um diagnóstico psiquiátrico formal, pela natureza da abordagem primária deste sofrimento) em paralelo ao levantamento dos prontuários de todos os indivíduos que deixam na farmácia da Unidade seus receituários antigos para que a equipe os renove. Tal lista deve seguir sendo completada enquanto novos relatos de sintomáticos ou novos receituários chegam à ESF, almejando a contemplação da totalidade do público-alvo.

2ª Etapa: Elaboração de um questionário breve abordando, em linguagem acessível, os tópicos abaixo, a ser impresso em tamanho legível para divulgação em etapas seguintes:

- 1) desejo de realização de teleconsulta como alternativa, no momento, a uma avaliação presencial;
- 2) disponibilidade do meio para realização de teleconsulta (existência de linha telefônica ativa, móvel ou fixa);
- 3) domínio da tecnologia a ser utilizada para comunicação em saúde;
- 4) ausência de condições que impeçam a comunicação efetiva por meios telefônicos (como deficiência auditiva ou vocal importante, síndrome demencial que requeira acompanhante, desorganização por atividade de doença, dentre outros cabíveis e individualizáveis);
- 5) presença, em domicílio, de um espaço onde consiga falar sem ser ouvido ou ter receio de ser ouvido, de forma a garantir a possibilidade de sigilo tal qual seria em consultório.

3ª Etapa: Fazer contato com os usuários levantados para explicar a problemática, a iniciativa e indagar sobre a viabilidade da realização de teleconsultas para avaliar aspectos clínicos do sofrimento psíquico. Esse contato pode tanto ser feito via visitas rotineiras de ACS quanto pela farmácia, no ato da retirada das receitas renovadas e nele será entregue, impresso, o questionário desenvolvido previamente, a ser depositado em urna alocada na recepção (em pessoa ou, se for o caso, via ACS, sem que isso implique necessariamente no retorno de ACS ao domicílio apenas para retirada do formulário respondido), devidamente identificado com nome, número de família e confirmação de telefone para organização dos usuários-alvo contempláveis para aplicação de teleconsulta. Nas orientações, enfatizar que aqueles que não podem ou não desejem utilizar da teleconsulta não ficarão sem cuidado, inclusive encorajá-los ao agendamento para que a avaliação ocorra apesar da inadequação da estratégia específica.

4ª Etapa: Tendo a lista crescente dos usuários e complementando-a com a possibilidade de teleconsulta, discutir junto à gerência a presença de algum horário resguardado na agenda mensal para realização de teleconsultas a fim de dar andamento à demanda reprimida de saúde mental.

5ª Etapa: À luz dos passos anteriores, deve-se:

- Pactuar com a gestão a tipificação da teleconsulta como processo de trabalho válido para fins de cômputo de meta de atendimentos, para que não haja prejuízos à Equipe pela realização dessa intervenção;
- Garantir espaço físico a não ser perturbado durante o período, com acesso à linha telefônica operante e com computador e internet disponíveis para registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão
- Elaborar critérios que justifiquem e determinem a conversão de uma avaliação remota em avaliação presencial, notadamente a constatação de inviabilidade do método remoto, retirada de consentimento, constatação da vigência de uma situação de urgência ou se a pessoa não puder garantir a confidencialidade e a segurança do ambiente de consulta. É interessante, nesse sentido, ter respaldo da gerência para alocação de retornos breves/alocações presenciais caso constatada tal necessidade;
- Padronizar o registro em prontuário com data e hora da ligação, se foi bem sucedida, anotação de comprovação da identidade da pessoa com quem se fala e se está em um momento e lugar oportuno para seguimento da avaliação, bem como se está sozinha no espaço em que fala. Para particularidades específicas da implementação de uma estratégia de teleconsultas que surjam no processo, este PI recomenda a consulta do Manual de Teleconsulta na APS (2020), referenciado na última seção deste documento.
- Planejar a agenda tendo em mente uma consulta médica com objetivo definido de endereçar sofrimento psíquico e controle atual de sintomas, bem como medicações em uso e suas posologias atuais, conforme já explicado aos usuários na 3ª etapa desta implementação;

A entrevista será de livre-execução pelo profissional, não havendo necessidade da utilização de questionários psicométricos específicos, porém sendo possível sua aplicação, especialmente em casos com registro em prontuário de pontuação prévia em algum instrumento de avaliação do estado mental, para fins de comparação. Não é proibido o atendimento de outras demandas, porém este caso deve ser individualizado e lidado conforme disponibilidade horária e, se necessário, orientada a marcação de consulta para avaliação e seguimento. Se constatada necessidade de aprofundamento de avaliação em saúde mental, deve ser orientada marcação de consulta presencial para elaboração de demanda. As informações obtidas podem já sendo discutidas em reuniões de equipe com e sem membros do NASF, reaproximando o cuidado do usuário da Unidade.

Na totalidade da duração da intervenção, cabe ressaltar que o acolhimento segue como um espaço válido para demandas agudas independentemente da disponibilidade para teleconsultas.

Avaliação e monitoramento: A lista levantada de usuários-alvo deve ser atualizada conforme realizadas as consultas, seja por via telefônica ou presencial (discriminando-as), de forma que possamos acompanhar o andamento da demanda. Comportamentos como demora entre marcação e vaga, absenteísmo e remarcações podem ser também analisados durante a fase de avaliação para refinar a estratégia conforme ela é executada. Desfechos como necessidade de complementação com consulta presencial, necessidade de discussão com equipe NASF, necessidade de encaminhamentos para outros equipamentos de saúde e outros fluxos na Rede devem ser registrados conforme obtidas as informações.

A viabilidade da estratégia deve ser reavaliada ao longo de sua aplicação, mas principalmente diante de maioria da população sem possibilidade de teleconsulta. Encoraja-se a ouvidoria de usuários quanto à ferramenta.

RESULTADOS ESPERADOS

Com a implementação do PI, espera-se a redução do período de tempo entre a última avaliação de saúde mental e a última renovação de receita de psicofármaco, como um representante quantitativo de andamento da demanda reprimida. Qualitativamente, espera-se que a abordagem da teleconsulta levando em consideração contraindicações relativas ou absolutas à ferramenta permita uma utilização mais efetiva desta, em um acordo de segurança e confidencialidade.

Espera-se que a retomada dos seguimentos permita uma melhor compreensão do estado de saúde mental do território, ao avaliar o estado de compensação de indivíduos com comorbidades psiquiátricas em tratamento; avaliar a presença e a causa de modificações de prescrição com relação ao registrado em pronturário; avaliar a parcela da população em tratamento sem diagnóstico definido; avaliar eventual critério de desprescrição ou troca de medicação.

Espera-se que os casos atendidos, mesmo nas fases iniciais do PI, possam ser gradualmente discutidos em reuniões com o NASF para que possamos reabrir espaços de cuidado. Com a reaproximação dos indivíduos ao serviço, esperamos também o fortalecimento do papel da enfermagem no atendimento em saúde mental, como força potente de redução de medicalização do cuidado. Esperamos também que a articulação em rede seja organizada conforme retomado o acompanhamento, mantendo a APS como polo coordenador por sua proximidade com o usuário, orientação integral, capacidade de abordagem familiar, comunitária e intersetorial.

No caso de, durante o levantamento dos dados, a maioria da população demonstrar alguma barreira para a teleconsulta, espera-se que seja aproveitado o processo de busca ativa dos usuários-alvo para planejamento de estratégias outras para lidar com a situação-problema.

Independentemente de seu sucesso, esperamos que este PI aprofunde as reflexões sobre a uso de consulta remota, suas vantagens e suas armadilhas. Não se espera que o sucesso deste PI, por si só, oriente a disseminação do uso da teleconsulta: o foco do método deste PI é justamente a importância de pensar quando e para quem as ferramentas trazem benefício.

REFERÊNCIAS

- BERNARDES, J. Prevalência de transtornos mentais é alta, mas não teve aumento importante na pandemia. **Jornal da USP**, São Paulo, 03 mai. 2021. Disponível em <<https://jornal.usp.br/ciencias/prevalencia-de-transtornos-mentais-e-alta-mas-nao-teve-aumento-importante-na-pandemia/>>. Acesso em: 26 jan. 2022
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 13.989**, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13989&ano=2020&ato=596MTQ61EMZpWT585>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- BRUNONI, A. R. *et al.* Prevalence and risk factors of psychiatric symptoms and diagnoses before and during the COVID-19 pandemic: findings from the ELSA-Brasil COVID-19 mental health cohort. **Psychological Medicine**, p. 1-12, 2021.
- CAMINHA, E. C. C. R.; JORGE, M. S. B.; LINARD, C. F. B. M. As faces do cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial: do acolhimento à desresponsabilização. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e399101019046, 2021.
- CATAPAN, S. C.; CALVO, M. C. M. Teleconsulta: uma Revisão Integrativa da Interação Médico-Paciente Mediada pela Tecnologia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 01, e002, mar. 2020.
- CFM - Conselho Federal de Medicina. **Ofício CFM nº 1.756/2020 - CONJUR** Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.
- CFM - Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- CHIAVERINI, D. H. *et al.* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- GONÇALVES, D. A; FIORE, M. L. M. **Desafios da Integralidade do Cuidado: A Humanização em Saúde**. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade19/unidade19.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.
- IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation. **GBD Compare Data Visualization**. Seattle: IHME, University of Washington, 2020.
- KINOSHITA, S. *et al.* Changes in telepsychiatry regulations during the COVID-19 pandemic: 17 countries and regions approaches to an evolving healthcare landscape. **Psychol Med**, p. 1-8, nov., 2020.
- MENDES, E. V. O desafio dos cuidados primários: A organização do acesso à Atenção Primária à Saúde. In: _____. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019. p. 511-558.
- NASCIMENTO, D. M. *et al.* (Orgs.). **Manual de teleconsulta na APS**. Porto Alegre: Prefeitura Porto Alegre, 2020.
- ORNELL, F. *et al.* The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. **The Lancet Regional Health**. v. 4, 100061, set. 2021.
- SCHMITZ, C. A. A. *et al.* (Orgs.). **Consulta remota: Fundamentos e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- SOUZA, S. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Cuidado em Saúde Mental no Contexto da Atenção Primária: Contribuições da Enfermagem. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 151-164, jan., mar., 2019.