



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

**O território COnVIDa a reexistir:** ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3392g673

## RELATO DE EXPERIÊNCIA

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

# O Cuidado em Saúde em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados em Tempos de Covid-19

## *The Health Care in a Continuous Care Unit Integrated in Covid-19 Times*

**Gabriela Thais da Silva**

ORCID: 0000-0001-8828-6880

Especialista em Saúde da Família e Atenção Básica. Hospital da Caridade Dona Darcy Vargas, ala Cuidados Continuados Integrados (CCI)

### **Autora correspondente:**

Gabriela Thais da Silva

E-mail: gabrielathaisilva@gmail.com

### **Resumo:**

Trata-se de um estudo observacional do tipo relato de experiência. Tem como intuito discutir e refletir sobre as mudanças no processo de cuidado e de reabilitação, causadas pela pandemia do COVID-19, em Unidade de Cuidados Continuados Integrados. Com as medidas de distanciamento e isolamento social para a proteção e controle da disseminação do vírus, propostos pela Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, a Unidade suspendeu as visitas dos familiares/cuidadores dos pacientes, em que acarretou no surgimento de alterações emocionais, comportamentais, cognitivas, que influenciam no processo de cuidado e a reabilitação e (não) desejo de permanência dos internos na instituição. Ao longo do tempo, foi necessário repensar sobre o impacto da medida no cuidado e na saúde dos pacientes, na importância do diálogo com

os familiares/cuidadores, com a Rede de Atenção à Saúde e, principalmente, com a Atenção Primária à Saúde.

**Palavras-chave:** Cuidado; COVID-19; Reabilitação; Sistema Único de Saúde; Idoso.

### **Abstract:**

this is an observational study of the experience report type. It aims to discuss and reflect on the changes in the care and rehabilitation process, caused by the COVID-19 pandemic, in an Integrated Continuous Care Unit. With the measures of distancing and social isolation for the protection and control of the spread of the virus, proposed by the World Health Organization and the Ministry of Health, the Unit suspended the visits of family members / caregivers of patients, which resulted in the appearance of changes emotional, behavioral, cognitive, which influenced the care and rehabilitation process and (non) desire for the interns to remain in the institution. Over time, it was necessary to rethink about the impact of the measure on the care and health of patients, the importance of dialogue with family members / caregivers and with the Health Care Network, especially with Primary Health Care.

**Keywords:** Empathy; Coronavirus Infections; Rehabilitation; Unified Health System; Aged.

## Introdução:

Vivemos um processo de transição epidemiológica, com declínio dos problemas agudos e, concomitantemente, ascensão das condições crônicas. Os modelos de atenção à saúde foram criados para lidar com os acometimentos agudos e estão sendo utilizados e remodelados conforme a nova realidade e demanda da cronicidade<sup>1</sup>, todavia tais fatos ocasionaram significativos impactos sociais, econômicos e na rede de atenção a saúde em um contexto global, visto que os cuidados em saúde não estão respondendo conforme o esperado<sup>2</sup>.

Com isto, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3</sup> propôs a adoção de modelos de saúde que condigam com uma produção de cuidado em que de conta das reais necessidades dos usuários e comunidades, que atue em todo ciclo do processo saúde-doença de forma integral, longitudinal e humanizado.

Entende-se por cuidado à atenção especial, inquietação, preocupação, zelo, incumbência, responsabilidade, ocupação<sup>4</sup>. Significados conferidos a uma dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, em uma relação de ajuda, de envolvimento afetivo, de sentimentos de empatia, de afeição com o outro<sup>5,6</sup>.

Na dimensão dos serviços de saúde, o cuidado ocorre através de uma perspectiva integral dos sujeitos envolvidos. Remete-se ao contato entre profissionais e os usuários<sup>7</sup>. Ocorre por meio da interação, do encontro, da escuta. Vai além do simples ato de prescrever e diagnosticar. Demanda a produção de afeto, de vínculo, de alívio de um sofrimento, a busca pelo bem-estar biopsicossocial, pela autonomia e segurança. Implica intimidade, sentimento, acolhimento, respeito, oferta sossego e repouso ao e para o outro<sup>8</sup>.

A produção do cuidado se modela conforme a demanda dos serviços de saúde, dos sujeitos e comunidades, de suas implicações, suas angústias e necessidades, por meio da articulação de profissionais, rede de atenção à saúde e territórios em um determinado tempo e espaço<sup>9</sup>.

Neste viés, surgem os cuidados prolongados (intermediários), na busca por novas tecnologias de cuidado para as condições de cronicidade, com uma assistência integrada entre atenção básica e hospital<sup>3</sup>.

Segundo o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n° 2.809, de 7 de dezembro de 2012<sup>10</sup>, os cuidados continuados são organizados por meio de Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP) ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP). São destinados a usuários com limitações físicas, emocionais, cognitivas e de autonomia, decorrentes de algum agravamento crônico, demência, doença severa, degenerativa, e/ou incurável que necessitem de reabilitação e/ou adaptação às sequelas<sup>10,11</sup>. Objetiva a busca pela autonomia e independência funcional dos indivíduos nas atividades de vida diária, na (re)adaptação ao contexto familiar e social e na promoção do autocuidado<sup>10,12</sup>.

Os Cuidados Prolongados são constituídos de muitos dispositivos, dentre eles, Cuidados Paliativos, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), entre outros<sup>13</sup>.

As UCCI se estruturam como alas de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), com uma equipe multiprofissional formada por profissionais das mais diversas áreas da saúde e conforme as demandas do território em que esta inserida<sup>12</sup>. As internações são de 15 dias á 90 dias, em que se desenham conforme o Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado desde o primeiro dia da internação. Nas UCCI não se trabalha com prazos e diagnósticos, mas com a vida, a autonomia e a qualidade de vida dos indivíduos e famílias, com um cuidado interdisciplinar, integral e humanizado<sup>11</sup>.

Presentemente, estamos imersos em uma tempestade epidemiológica, que modificou os processos de trabalho, as práticas de saúde, as rotinas de vida social e comunitária. O cotidiano precisou se adaptar à nova realidade invisível e contagiosa a saúde dos sujeitos. A Síndrome Respiratória Aguda Grave por

Coronavírus (SRAG-CoV), conhecido, também, como COVID-19, causou uma pandemia global<sup>14</sup>. Os serviços de saúde públicos e privados precisaram adaptar as práticas de saúde e de cuidado, a partir das recomendações e educações permanentes em saúde sobre o Covid-19<sup>15</sup>.

Neste viés, este relato tem como intuito discorrer e refletir, a partir da vivência de uma profissional da saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados, sobre o processo de cuidado em saúde e de reabilitação, que precisaram, ser (res)significados devido a pandemia acometida o Brasil desde o mês de fevereiro do ano de 2020.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo observacional, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, desenvolvido do mês de fevereiro a setembro do ano de 2020, em uma UCCI.

No estudo por observação, o pesquisador apenas observa algo que acontece ou já aconteceu. A observação contempla fatos percebidos diretamente, sem qualquer intermediação<sup>16,17</sup>. Com o método qualitativo, o objeto de estudo é avaliado a partir dos seus aspectos subjetivos da realidade social<sup>18</sup>, buscando entender o fenômeno a partir do seu significado individual ou coletivo, seu alvo é a significação que tal fenômeno tem para os que o vivenciam<sup>19</sup>.

Para a coleta de dados foram realizados registros, a partir de diários de campo, com anotações sobre os acontecimentos, episódios, diálogos, ações de promoção de saúde, reabilitação e autonomia dos sujeitos, no período de pandemia e conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>15</sup> e Plano de Contingência, elaborado pela Instituição<sup>20</sup>.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, toda pesquisa envolvendo humanos apresenta riscos<sup>21</sup>, mesmo em um estudo de observação não participante, em que o pesquisador, apenas, observa os envolvidos e sua atenção recai sobre a interação dos indivíduos, grupos e/ou contexto técnico institucional<sup>22</sup>. Com isto, dispensa-se a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, pois insurge de um relato de experiência de uma prática e vivência profissional, sem revelar dados que possam identificar os sujeitos ou a instituição<sup>23</sup>.

## **Unidade de Cuidados Continuados Integrados: campo da experiência**

A UCCI, campo deste estudo, é um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), em que possui caráter de internamento com prazo determinado (15 a 90 dias), cujo objetivo principal é propiciar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva de reabilitação e promoção da autonomia, com viés da saúde coletiva, após hospitalização originada por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processos crônicos.

O usuário recebe assistência nas áreas da Fisioterapia, Fonoaudiologia, Assistência Social, Psicologia, Nutrição, Medicina, Farmácia e de Enfermagem. Dentro do processo terapêutico dos pacientes, elabora-se o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada indivíduo internado na Unidade, por meio de uma reunião semanal da equipe multiprofissional, em que se considera, durante o processo de cuidado, a patologia de base, aspectos sociais e econômicos, alterações emocionais, de comunicação e motoras, medicação, atividades de vida diária, autonomia, lazer e o cotidiano do sujeito.

Nesta UCCI, preconiza-se o acolhimento, a escuta qualificada, a realização de atividades individuais e coletivas, ações voltadas às práticas integrativas e complementares, a criação de vínculo profissional-usuário, o cuidado humanizado, integral e horizontal, orientações e suporte aos cuidadores e/ou familiares dos usuários, contato com a Rede de Atenção à Saúde, e educação permanente com os familiares e pacientes.

## **O cuidado em saúde em tempos de COVID-19**

Os primeiros casos de COVID-19 foram inicialmente detectados na China, no final do ano de 2019. Em 30 de janeiro do ano de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional<sup>14</sup>. No Brasil, em fevereiro do ano de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), através da Portaria MS nº 188<sup>15</sup>, e conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011<sup>24</sup>.

O vírus é transmitido, principalmente, pela via respiratória, por gotículas de saliva, por meio de tosse e espirro em curta distância, pelo contato direto com pessoa infectada (toque ou aperto de mão), ou pelo contato indireto com objetos ou superfícies contaminadas<sup>15</sup>. A OMS<sup>14</sup> e do Ministério da Saúde<sup>15</sup>, advertiram que toda a população deve fazer uso de máscara de proteção, manter distanciamento e/ou isolamento social, uso frequente de antissépticos, lavagem das mãos com água e sabão, e sair do domicílio, apenas, para atividades essenciais.

As recomendações aos serviços de saúde atenção secundária e terciária, em que não são linhas de frente para os casos de COVID-19, realizadas pelo Ministério da saúde, referem-se a educações permanentes em saúde aos trabalhadores sobre as estratégias de prevenção e controle de infecção, e treinamentos para do uso obrigatório e correto dos equipamentos de proteção individual (EPI)<sup>15</sup>.

A COVID-19 não alterou, apenas, nossa forma de cuidado ao sair de casa, o isolamento social, mas despertou sentimentos até então não vivenciados. Sentimentos de impotência em relação à situação, de medo de perder entes queridos, de não saber como o próprio corpo irá responder a possível contaminação. Para Carguilhem<sup>25</sup>, uma doença não afeta ao seu portador, apenas fisiologicamente, mas o seu cuidado, sua organização social, enaltecendo sentimentos de medo sobre o futuro e a morte. Ao desencadeamento de uma pandemia global a população, de modo geral, age instintivamente de acordo com o medo e a busca pela prevenção para não se contaminar.

A UCCI em questão, através das recomendações da OMS<sup>14</sup> e do Ministério da Saúde<sup>15</sup>, criou um plano interno de contingência ao COVID-19, elaborado e revisado pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS) da Unidade<sup>20</sup>. Todos os profissionais receberam educação em saúde sobre as medidas de proteção e prevenção do covid-19 e capacitações referentes aos equipamentos de proteção individual (EPI). Contudo, isto impactou, diretamente, no processo de trabalho e de cuidado da UCCI.

Dentre as medidas adotadas, o isolamento e o distanciamento social, acarretaram na suspensão, por tempo indeterminado, das visitas dos familiares/cuidadores para os usuários durante o período de internação. Contribuindo para a diminuição e controle dos casos de covid-19 no município sede da UCCI e nenhum caso positivo de SRAG-CoV entre os pacientes e funcionários da instituição.

Por outro lado, a relação com os familiares/cuidadores se limitou, apenas, a ligações telefônicas. Muitas vezes, de curta duração e pouco diálogo, criando lacunas na criação e fortalecimento do vínculo, e trocas sobre o cuidado entre o profissional e o familiar/cuidador, dificultando conversarem sobre o processo e evolução terapêutica.

Além disso, como a maioria dos pacientes são idosos, com alterações cognitivas e em situação de vulnerabilidade social, apresentam difícil acesso a telefones celulares próprios, ficando, assim, a comunicação restrita, apenas, na utilização dos telefones da instituição e com auxílio e disponibilidade de algum profissional da UCCI. Causando o distanciamento entre usuários e seus familiares/cuidadores.

Esta distância infligida teve como efeito episódios, recorrentes, de rebaixamento cognitivo e alterações emocionais, como crises de choro, sentimentos de raiva, estresse, sensação de abandono, medo da exposição ao vírus. Nestas situações, são comuns algumas formas de mal-estar, como a sensação de impotência, tédio, solidão, irritabilidade, tristeza e medos de adoecer, morrer, perder os meios de

subsistência, transmitir o vírus<sup>26,27</sup>. E os idosos, que têm quadros de declínios cognitivos e/ou demências, são mais propensos e vulneráveis a estas alterações emocionais e comportamentais<sup>28</sup>.

Estes emaranhados de situações e modificações no processo de cuidado fizeram com que, um grande número, de pacientes e/ou seus familiares/cuidadores, solicitassem alta antecipada da internação. Isto causou a equipe de saúde, sentimentos de apreensão e impotência, visto que, os serviços de atenção especializada e de reabilitação do SUS, dos municípios abrangentes da UCCI em questão, estavam suspensos por tempo indeterminado, devido a pandemia. Assim, os usuários não conseguiriam dar continuidade no processo de reabilitação.

Devido às dificuldades encontradas na relação dos usuários e profissionais com os familiares/cuidadores, foi necessário repensar o impacto que a ausência das visitas das famílias/cuidadores, estava causando no cuidado e nos pacientes. Após reuniões com a equipe da UCCI, concordou-se na retomada das visitas com todos os cuidados necessários e orientados pela OMS<sup>14</sup> e o Ministério da Saúde<sup>15</sup>.

Com o intuito de evitar aglomerações, as visitas foram realizadas através de agendamento prévio de dois familiares/cuidadores por turno, com intervalos de duas horas cada, e realizadas na frente da instituição, ao ar livre, sem adentrar nas dependências da Unidade. Os familiares/cuidadores deveriam manter um distanciamento de, no mínimo, dois metros dos pacientes e profissionais da saúde, fazerem uso de máscaras, de álcool 70% sempre que necessário<sup>20</sup>.

Outra ação importante realizada, pela equipe da UCCI, com intuito da continuidade do cuidado dos indivíduos e famílias/cuidadores após a alta da Instituição, foi o estabelecimento de diálogos, trocas e contra referências, entre as equipe da UCCI com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) dos municípios de origem dos internos da UCCI. Este vínculo entre os serviços, até o momento, estava fragmentado por falta de comunicação e entendimento da posição e importância em que UCCI ocupava na rede de atenção à saúde.

### **Considerações Finais**

Mesmo com a pandemia, os serviços de saúde essenciais e os de cuidados prolongados, como o caso da UCCI, continuaram a prestação do cuidado aos usuários. Todavia, as adaptações à nova realidade e medidas de controle da disseminação do vírus, afetaram diretamente no processo de cuidado e de reabilitação da equipe de saúde e dos pacientes internados.

Com isto, a equipe precisou ser sensível estas consequências, e dialogar entre si e com as equipes em que atuam na Atenção Básica. O cuidado em saúde e o processo de trabalho necessitou ser repensado ao modo que o usuário pudesse, durante a internação, ter o maior ganho possível de autonomia para, que no momento de sua alta hospitalar, consiga realizar as atividades de vida diária, seus desejos, e que junto aos seus familiares, consigam enfrentar as dificuldades e obstáculos durante o processo de adaptação à nova realidade clínica (motora, cognitiva, emocional, funcional).

### **Referências:**

<sup>1</sup>Mendes EV. O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Ed. Org Pan-Amer; 2012. 512 p.

<sup>2</sup>Goulart FAA. Doenças crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os Sistemas de Saúde. Ed. Org Pan-Amer; 2011. 96 p.

<sup>3</sup>OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidado inovador para condições crônicas: blocos de construção para ações: relatório global. No. WHO / MNC / CCH; 2002. 117 p.

- <sup>4</sup>Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva. 2009
- <sup>5</sup>Contatore AO, Malfitano APS, Barros NF. Os Cuidados em Saúde: Ontologia, Hermeneutica e Teleologia. Botucatu: Interface; 2017. 21(62): 553-63
- <sup>6</sup>Gariglio MT. O Cuidado em Saúde: Oficina de Qualificação da Atenção Primária À Saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Espmg, 2012.
- <sup>7</sup>Ayres JRCM. Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. Botucatu: Interface Comunic., Saúde, Educ; 2004. 8(14)73-92.
- <sup>8</sup>Boff L. Saber Cuidar Ética do Humano: Compaixão pela Terra. Rio de Janeiro: ed. Vozes; 1999. P. 199.
- <sup>9</sup>Grabois V. Gestão do Cuidado. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV. Qualificação dos Gestores do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP; 2009. p. 153-190.
- <sup>10</sup>Ministério da Saúde (Brasil). Secretária de Vigilância em Saúde. Portaria N° 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Diário Oficial. [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 2020 out 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809\\_07\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_07_12_2012.html).
- <sup>11</sup>Pereira MAR. Caracterização das Equipas de Cuidados Continuados Integrados na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. [monografia]. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa; 2018. 137 f.
- <sup>12</sup>Loyola CMD. Cuidado Continuado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistema de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 959-78
- <sup>13</sup>Franco TB. Sustentabilidade Instituinte do SUS e os Cuidados Intermediários. In: Franco TB, Mendonça PEX, Conceição MR, Nicoli MA, Quaranta I. Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2020. p. 35-50.
- <sup>14</sup>Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa COVID-19 Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [internet]. 2020. [citado em 2020 out. 25]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>
- <sup>15</sup>Ministério da Saúde (Brasil), Secretária de Vigilância em Saúde. Portaria MS n° 188, de 3 de fevereiro de 2020. Diário Oficial da União: Ministério da Saúde; 2020 fev 04. [citado em 2020 out 25]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
- <sup>16</sup>Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 2008. 1(6)16.
- <sup>17</sup>Prodanov CC, Freitas EC. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale; 2013. 1(2)37
- <sup>18</sup>Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2000 1(13)22-3.
- <sup>19</sup>Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. Campinas: Rev. Saúde Pública; 2005. 39(3)507-14.
- <sup>20</sup>Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Protocolo Operacional Padrão: Plano De Contingência Novo Coronavírus. 2020.
- <sup>21</sup>Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em 2020 out 20]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

<sup>22</sup>Marietto ML. Observação Participante e Não Participante: Contextualização Teórica e Sugestão de Roteiro para Aplicação dos Métodos. São Paulo: Rev. Iberoam. Estraté; 2018. 17(4)05-18.

<sup>23</sup>Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2020 out 20]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html)

<sup>24</sup>Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Guia de Vigilância Epidemiológica. Boletim Epidemiológico: Ministério da Saúde; 2020 jan 28. [citado em 2020 out. 25]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/28/Boletim-epidemiologico-SVS-28jan20.pdf>

<sup>25</sup>Canguilher G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002. 1(5)75-6.

<sup>26</sup>Melo BD, Pereira DR, Serpeloni F, Kabad JF, Souza MS, Rabelo IVM. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: Recomendações Gerais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. 13 p. [acesso em 2020 out 25]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41030>

<sup>27</sup>Inter-Agency Standing Committee, Comitê Permanente Interagências, Rede Internacional de Saúde Mental e Apoio Psicossocial. Guia Preliminar: Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referente ao surto de COVID-19. Genebra: 2020. [acesso em 2020 out 20.] disponível em: [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc\\_mhpss\\_guidelines\\_portuguese.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_mhpss_guidelines_portuguese.pdf)

<sup>28</sup>Lima RC. Distanciamento e Isolamento Sociais pela COVID-19 no Brasil: Impactos na Saúde Mental. Physis. 2020 jul 24. 30(2)1-10.

**Como citar:** Silva GT. O Cuidado em Saúde em uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados em Tempos de Covid-19. **Saúde em Redes**. 2021;7 (Supl.1). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3392g673

**Recebido em:** 18/11/2020

**Aprovado em:** 11/07/2021