



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LEICI SANTANA ALVES DOS SANTOS

PANDEMIA E CONTRARREFORMA: COMPREENDENDO AS MODIFICAÇÕES
DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM CAPS.

CAMPINAS

2024

LEICI SANTANA ALVES DOS SANTOS

PANDEMIA E CONTRARREFORMA: COMPREENDENDO AS MODIFICAÇÕES
DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM CAPS.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO/TESE DEFENDIDA PELA ALUNA LEICI SANTANA ALVES DOS SANTOS, E ORIENTADA PELO PROF. DR. CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA.

CAMPINAS

2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Biblioteca da Faculdade de Ciências
Médicas Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Santos, Leici Santana Alves dos, 1984-
Sa59p Pandemia de contrarreforma : compreendendo as modificações das práticas de cuidado em CAPS / Leici Santana Alves dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2024.

Orientador: Carlos Alberto Pegolo da Gama.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Pandemia de Covid-19. 3. Serviços de saúde mental. 4. Conarreforma psiquiátrica. 5. Reforma psiquiátrica. I. Gama, Carlos Alberto Pegolo da, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Counter-reformer pandemic : understanding the changes in care practices in CAPS

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Covid-19 pandemic

Mental health services

Counter-reformation

Psychiatric reform

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora: Carlos Alberto Pegolo da Gama [Orientador]

Ana Luiza Ferrer

Mariana Barbosa Pereira

Data de defesa: 02-07-2024

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0009-0002-5443-2071>

- Currículo Lattes do autor: <https://lattes.cnpq.br/856911814814370>

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LEICI SANTANA ALVES DOS SANTOS

ORIENTADOR: PROF. DR. CARLOS ALBERTO PEGOLO DA GAMA

MEMBROS

1.Profa. Dra. Ana Luiza Ferrer

2.Dra. Mariana Barbosa Pereira

3 Prof. Dr. Carlos Alberto Pelogo da Gama.

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A Ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no
SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da
Unidade.

Data da Defesa: 02-07-2024

Resumo

A assistência para pessoas com transtornos mentais, antes do Sistema Único de Saúde-SUS, pautava-se na lógica altamente violadora de direitos. Com a Reforma Psiquiátrica, instaurou-se transformações acerca da “Loucura”. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS nasceram como estratégia para reorganização do modelo em Saúde Mental, tendo um papel primordial na concretização da atenção psicossocial em substituição ao modelo hospitalocêntrico, o que impescinde da construção de mecanismos territorializados, que requerem da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, iniciativas para a desinstitucionalização, versando pela clínica ampliada e humanizada, cujos principais dispositivos devem centrar-se no acolhimento e subjetividade humana, para efetiva garantia de cidadania e inserção social. O covid-19 e as tentativas de transformações nas políticas, impuseram desafios ao SUS e para a Reforma Psiquiátrica. Assim, objetiva-se compreender quais foram as modificações ocasionadas pela pandemia e por tais modificações políticas na assistência prestada às pessoas com grave sofrimento psíquico atendidas por CAPS. Trata-se de pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados ocorreu através de grupos focais realizados com profissionais. O estudo aconteceu em 7 modalidades de CAPS de 4 cidades distintas. Os dados foram analisados segundo o referencial hermenêutico-dialético. O resultado demonstrou que durante a pandemia, os serviços alteraram formas de funcionamento, impactando na lógica assistencial.

Palavras chaves: Saúde Mental, contrarreforma, pandemia, CAPS, Reforma Psiquiátri

Abstract

Assistance for people with mental disorders, before the Unified Health System, was based on a logic that was highly violative of rights. With the Psychiatric Reform, transformations were introduced regarding "Madness". The Psychosocial Care Centers-CAPS were born as a strategy for reorganizing the Mental Health model, having a primary role in implementing psychosocial care in replacement of the hospital-centric model, which requires the construction of territorialized mechanisms, which require the Care Network Psychosocial-RAPS initiatives for deinstitutionalization, dealing with an expanded and humanized clinic, whose main devices must focus on welcoming and human subjectivity, to effectively guarantee citizenship and social insertion. Covid-19 and attempts to transform policies have posed challenges to the SUS and Psychiatric Reform. Thus, the objective is to understand what changes were caused by the pandemic and by such political changes in the assistance provided to people with severe psychological distress treated by CAPS. This is qualitative research, whose data collection occurred through focus groups carried out with professionals. The study took place in 7 types of CAPS in 4 different cities. The data were analyzed according to the hermeneutic-dialectic framework. The result demonstrated that during the pandemic, services changed the way they operated, impacting the care logic.

Sumário

1.Introdução	09
2. Revisão da Literatura	11
2.1 Contextualização histórica: produzindo a compreensão do todo	11
2.1.1 Do panóptico a segregação dos desviantes	11
2.1.2 Manicômios e a Realidade Viva: Lembrar para que não mais aconteça	14
2.1.3 Modelo de Atenção: a caracterização Asilar	17
2.1.4 SUS, Luta Antimanicomial, R P: Construindo o modo Psicossocial	20
2.1.5 O modelo psicossocial: caracterização	25
2.1.6 Políticas Públicas do Modelo Psicossocial	26
2.2 Centros de Atenção Psicossociais: Agentes da Transformação	30
2.2.1 A Rede de Atenção Psicossocial-RAPS	39
2.2.2 Situações de crises psiquiátricas	43
2.2.3 Evolução Numérica dos CAPS	45
2.2.4 Da implementação aos desafios	46
2.3 Da contrarreforma a pandemia	48
2.3.1 O prenúncio da concretização de transformações políticas: iniciativas para a contrarreforma	48
2.3.2 A pandemia de covid-19	56
2.3.3 Pandemônio	67
3. Metodologia	72
3.1 Contextualização	72
3.2 Aspectos teóricos pesquisa qualitativa	73
3.3 Aspectos do campo	74
3.4 Critérios para participação na pesquisa	80
3.5 Organização da entrada no campo	80
3.6 Construindo dados: Grupos Focais- GF	83
3.7 Para a análise dos dados	85
3.8 Aspectos éticos	87
4. Resultados e Discussão	88
4.1 Pandemia: e AGORA?	92
4.1.1 CAPS e Cotidiano: Arranjos para lidar com a pandemia inicialmente	92
4.1.1.1 O uso de Equipamentos de Segurança, dificuldades e escassez	93
4.1.1.2 Implicações do fechamento de serviços intersetoriais, exceto os de Saúde	96
4.1.1.3 Reorganização do cotidiano dos CAPS	98
4.1.1.4 Incertezas, medos, desproteção: respostas possíveis	105
4.1.1.5 Desaparecimento de ações da Atenção Básica de Saúde e de Unidades de Urgência e Emergência, desintegração da RAPS e consequente cuidado centralizado no CAPS	107
4.1.1.6 Remédio com principal estratégia de cuidado: a eclosão do ambulatório? Da patologização à medicalização?	109
4.1.1.7 Emergências em emergência: atenção a crise e a inexistência da reabilitação psicossocial?	114
4.1.1.8 Desenvolvimento de ações baseadas nas necessidades do indivíduo	119
4.2 Pós Vacina: Novo normal?	121

4.2.1 O aumento de pessoas com transtornos mentais.....	121
4.2.2 Transtornos Mentais ou Sofrimento Social?.....	127
4.2.3 Sobrecarga dos trabalhadores.....	130
4.2.4 Aumento Vulnerabilidade Social, fome, população em situação de rua e saúde mental	135
4.3 Convivendo com a pandemia	139
4.3.1 A recuperação do uso de dispositivos da Atenção Psicossocial.....	140
4.3.1.1 O Projeto Terapêutico Singular-PTS.....	142
4.3.1.2 Do matriciamento a implementação.....	144
4.3.2 O Cuidado de Saúde Mental na Atenção Básica.....	147
4.3.3 Uso cotidiano de recursos remotos para além da pandemia.....	151
4.3.4 E a Reabilitação psicossocial?.....	153
4.4. Começar: Inventividades para Atenção Psicossocial.....	157
4.4.1 Cuidando no território na pandemia.....	160
4.4.2 A materialização dos teleatendimentos no âmbito psicossocial.....	163
4.4.3 Coletivos, redes de solidariedade e a garantia de direitos e resistência.....	166
5. Conclusão.....	168
6. Referências Bibliográficas	169
Anexos	187

Introdução

Desde que atribui-se ao dito “louco” a condição de doente, manicômios foram pensados para a promoção de tratamento, que essencialmente ocorriam dentro destas instituições, prioritariamente almejando a cura ou retorno para uma normalidade, proposição que está consonante com o lema capitalista assumido pela sociedade. Entretanto, para a execução do suposto “tratar”, assistiu-se à ocorrência de práticas violadoras, despersonalizantes, torturantes e mortais, conformadas com prerrogativas higienistas.

As configurações manicomiais, correspondem ao paradigma asilar, também denominado principalmente como, hospitalocêntrico, biomédico ou tradicional. Neste sentido, indicar as diferenças entre os modelos de atenção, torna-se imprescindível, em função de que, a lógica proposta, evidencia pressupostos e embasamentos envolvidos, incidindo diretamente na prática do cuidado.

Buscando transformar práticas asilares e promover profundas mudanças nas concepções sobre a “loucura”, a luta antimanicomial, associado ao contexto de redemocratização do país, reforma sanitária, instituição da constituição federal e outros fatores, demarcaram o início pela busca de um novo modelo radical, o da Atenção Psicossocial, proposto pela Reforma Psiquiátrica, cujo princípios básicos referem-se a proteção de direitos, desospitalização e a desinstitucionalização¹⁸⁸.

Importa mencionar que, o termo desinstitucionalização é compreendido como, o desmonte no campo prático, de todo aparato científico, legislativo e administrativo que caracterizam o paradigma hospitalocêntrico¹³⁸, de modo a ser substituído por processos da atenção psicossocial.

Assim, instaurou-se os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, como componente planejado para reorganizar o modelo de atenção em Saúde Mental, cuja proposta é promover assistência para pessoas com graves transtornos mentais, estabelecendo uma lógica de cuidado no meio comunitário, tanto no que se refere ao cuidar da crise, como reabilitar psicossocialmente. É importante salientar que, desde sua origem, o CAPS destinava-se a ser substitutivo do hospital psiquiátrico, responsável pela organização e condução do cuidado dentro da Rede de Atenção

Psicossocial-RAPS, cujas estratégias assistenciais, deveriam se diferenciar radicalmente das do modelo tradicional.

A partir do evento da Reforma Psiquiátrica, estabeleceu-se Políticas Públicas que incentivaram a redução de leitos psiquiátricos, criaram redes, implementaram programas de auxílio, incluíram intervenções de Saúde Mental na Atenção Primária de Saúde e hospitalar, entre outras propostas que abrangeram proteção de direitos, humanização, redução de danos e reestruturação da assistência. Todavia, observa-se que desde o ano de 2016, iniciou-se um movimento de revogação/desconstrução de políticas que sustentavam a lógica antimanicomial, intencionando instituir planos contrarreforma.

Associada às iniciativas contrarreformistas, vivenciou-se a pandemia provocada pelo novo coronavírus. De forma que, ao longo deste período diversas legislações foram promulgadas objetivando estabelecer medidas emergenciais de prevenção e combate a pandemia, seja no âmbito nacional, estadual ou municipal, que incluíram: distanciamento social, quarentena, uso de máscara de proteção facial, suspensão de eventos com aglomerações, fechamento/restrição do funcionamento de estabelecimentos comerciais, bem como, outras determinações que exigiram reorganização individual e coletiva dos cidadãos, assim como de práticas dos serviços.

Tanto tendências contra a Reforma Psiquiátrica, como a pandemia, geraram ainda mais desafios e inquietações para a Atenção Psicossocial e para o Sistema Único de Saúde-SUS, assim, objetiva-se com esta pesquisa, compreender como a pandemia e modificações nas políticas públicas, incidiram na assistência prestada às pessoas com graves transtornos psíquicos atendidas por diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossociais-CAPS, a partir da concepção dos trabalhadores pertencentes a estes serviços.

Enquanto, objetivos específicos se busca, identificar as mudanças ocorridas nos dispositivos de cuidado usados pelos Serviços de Saúde Mental, compreendendo o modelo assistencial desenvolvido.

2. Revisão da Literatura

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA: PRODUZINDO COMPREENSÃO DO TODO

2.1.1 Do panóptico à segregação dos desviantes

Faz-se necessário iniciar destacando a intensa relação existente entre os manicômios, processos políticos, econômicos, culturais, sociais e outros aspectos condizentes à estruturação da sociedade e do país. Neste sentido, a contextualização é importante, visto que, ao longo do tempo, existiram diferentes significâncias atribuídas ao manicômio e a loucura, embora neste trabalho optou-se por discorrer especificamente sobre o período em que, tais instituições passaram a punir, segregar e disciplinar determinadas pessoas, moralmente classificadas como inferiores, dentre estas, os ditos loucos.

Assim, delinea-se concepções, conforme Michel Foucault, em virtude de que exprimem significâncias alicerçadas na veemência com que a psiquiatria insere-se no arcabouço do castigar e culpar, sob a premissa de configurações de poder e produção de corpos dóceis no âmbito de uma sociedade disciplinar¹.

Foucault², utilizando a definição do termo, panóptico, instituído pelo filósofo e jurista Jeremy Bentham, elucida esquemas disciplinares excepcionais em doutrinar, em que por meio de um esquema arquitetônico é possível vigiar, disciplinar e controlar³.

Estruturalmente o panóptico, faz referência ao estabelecimento de sociedades disciplinares, que emanam formas de efetivar o poder sobre os homens e controlá-los². Dentre os objetivos de tal organização, tem-se a garantia da ordem, a imposição da norma, a anulação da individualidade e de efeitos coletivos. Almeja-se também, induzir a um estado permanente de visibilidade, mesmo que ficcional, que assegure o funcionamento automático do poder, cuja vigilância, mesmo que descontinuada, garanta o controle, a submissão, sem a necessidade de recorrer à força².

Disciplina, vigia, dominação e a docilidade ansiada na sociedade panóptica, oportunamente, podem ser prerrogativa de instituições diversas, já que, trata-se de um modelo generalizável de funcionamento, logo, ampliável para diferentes setores⁴. Assim, hospitais, manicômios, escolas, empresas, entre tantas outras instituições, podem ser peças escolhidas para reproduzir formas de controle e punição, em outras palavras, tal fundamento pode destinar-se a uma variabilidade de pessoas em seus distintos cotidianos, visando subjugar-los, diferenciando aqueles que se adequam às regras impostas. Pertencer a gama dos selecionados seguidores, ou seja, estar apto, requer o seguimento de normas e mudanças de comportamentos, que são julgados por terceiros, que determinam seus desempenhos, os treinando se preciso, como meros objetos de experiências².

Em consonância com Goffman⁵, manicômios podem ser denominados como instituições totais, sendo este, um local de moradia e trabalho, em que inúmeros indivíduos, em condições análogas, permanecem apartados da sociedade, por tempo excessivo, levando uma vida isolada e geridas por terceiros, separadas do mundo externo por diferentes barreiras e proibições, por conseguinte, todos os aspectos da vida ocorrem no mesmo lugar, com rotinas rigorosamente estabelecidas e de forma obrigatória, vigiada e inspecionada. Deste modo, panópticamente, se garante a obediência e punição aos desviantes na perspectiva da autoridade exercida por aqueles instituídos como dotados de poder.

Quando se atribui aos loucos a condição de doentes, designa-se então a eles a necessidade de um tratamento, de modo que, a internação torna-se condição impreterível, tomada como terapêutica. Nesta conjuntura, hospitais psiquiátricos, atribuem para os médicos a autoridade, os incorporando como figura de soberano poder. Assim, os mesmos passam a determinar quem deve ou não internar, quem é ou não louco, gerenciando todas as ações deste mundo fechado¹.

Segundo afirmações de Silva⁶, as especialidades médicas, inserem-se neste contexto, como detentores de poder disciplinar e de normatização, de maneira a propor condutas para controlar corpos e vidas, instituir valores para regulamentar saudável ou doente, normal ou patológico, categorizando comportamentos para elencar critérios padronizadores. Nesta perspectiva, os manicômios, manifestam-se como uma ferramenta disciplinar, correlata a corrigir desvios, sanar, curar, suprimir sintomas ou simplesmente excluir do convívio, sob a hegemônica ambição da uniformização e/ou normalização comportamental que deve ser prolífera.

Assinalando este fator, Silva⁶ certifica que, normalizar é um propósito da sociedade, que busca padronizações, intencionando melhor enquadramento e adequações de tudo, enquanto mercadoria, atendendo as instruções do sistema capitalista.

É importante conceituar o termo capitalismo, enquanto um sistema econômico, já que, as formas de produção da sociedade incidem diretamente em aspectos econômicos, sociais, educacionais, de saúde e outros.

O capitalismo, caracteriza-se pela obtenção de lucro, por meio do trabalho, produção e consumo, principalmente por parte de instituições financeiras e grandes grupos empresariais, seguindo a lei da oferta e demanda, em que consumir torna-se essencial, seja lá qual for o produto. Assim, o imperativo é, que consumidores procurem menores preços e donos de empresas maiores lucros⁷. Contexto no qual, quem trabalha recebe como recompensa um determinado salário. Todavia, grande parcela destes proletários recebem recursos insuficientes para atender suas necessidades básicas e apenas contribuem para o acúmulo de riquezas dos patrões, fato que impõe a determinação de diferentes classes sociais, em que raramente se consegue subverter a ordem, que impõe: pobre permanece pobre ou mais pobre⁷.

Assim, os principais modelos produtivos, concernem no fordismo e taylorismo, cuja produção foca na fragmentação de tarefas, em detrimento da significância do todo, desta forma, os processos são divididos, o que muitas vezes o torna ilógico na perspectiva pessoal, pois se desconhece o resultado final. Neste processo, usualmente as ações são individualizadas e repetitivas, com o estabelecimento de formas de subalternizar o outro para que produzam acriticamente, muitas vezes em condições precárias de trabalho e jornadas extremas e exaustivas. Torna-se importante, apontar aqui as derivações dos processos de adoecimento do trabalhador, enquanto algo advindo de métodos de produção alienantes, no qual o sistema acarreta como consequência, além de desigualdades, segregação, também o adoecimento.

Deste modo, não se encaixa em preceitos capitalistas, pessoas críticas, inapropriadas, adoecidas pelo próprio sistema e todas aquelas não produtivas o suficiente para produzir mais-valia, para serem empregáveis⁸, melhor dizendo, ou o indivíduo se torna apto para cumprir seu papel produtivo de geração de lucro ou se é expulso de alguma maneira deste seleto grupo, sendo segregados, marginalizados e/ou classificados como mentalmente indispostos⁸.

Vale destacar que na realidade contemporânea, estes alvos considerados contraproducentes (e fortalecidos neste lugar), geralmente são aqueles que processualmente sofreram e sofrem processos de “marginalização” e exclusão, determinados estruturalmente na sociedade brasileira, sendo: loucos, negros, deficientes, homossexuais e todas as diversidades não padronizadas, instituindo-se desta forma, um lugar para estas “minorias”: as margens, na prisão, no hospício ou mortos. Assim, em consonância com Arbex⁹, às internações em manicômios, justificam-se pela possibilidade de libertar a sociedade dos indesejáveis, descartando-os em lugares próprios, para não mais serem enxergados, isto é, uma iniciativa de proteger uma sociedade que rejeita conviver com as diferenças.

Consequentemente, aquele que não se enquadrava, principalmente do prisma moral, estava fadado ao aprisionamento em manicômios, independente de possuir ou não um diagnóstico de doença mental. Conforme assinala, Arbex⁹, em documentário acerca da história do Hospital Psiquiátrico de Barbacena, grande porcentagem dos pertencentes a este espaço não possuíam diagnósticos, se tratavam de pessoas que faziam uso bebida alcoólica, com distintas orientações de gênero e outras diferenças que contradiziam aspectos morais estabelecidos ou que atrapalhavam a ordem, valores e costumes.

Destaca-se aqui o propósito higienista que estas instituições passaram a desempenhar, na qual perante a prerrogativa da necessidade de realizar limpezas sociais, se excluía e discriminava aqueles que convencionou-se a categorizar como desprezíveis e desajustados¹⁰. Concepção também pertencente a uma política eugenista, cujo objetivo seria criar seres humanos ideais e aqueles julgados indesejáveis e improdutivos, seriam banidos desprovidos de um lugar no mundo.

2.1.2 Manicômios e a Realidade Viva: Lembrar para que não mais aconteça.

Faz-se essencial recordar que o aprisionamento nos manicômios, esteve atrelado a ações altamente degradantes, torturantes e mortais, que em determinado momento, a realidade do Hospital Psiquiátrico de Barbacena- MG, foi retratada, documentada e comparada ao Holocausto (campo de concentração nazistas) por

Franco Basaglia e eternizada em livro por Arbex⁹.

Conforme exposto no livro/reportagem de Arbex⁹, entre os anos de 1930 e 1980, ocorreram cerca de 60 mil mortes no hospital de Barbacena, devido a subnutrição e péssimas condições de higiene, oportunidade esta usada para angariar capital com a venda dos cadáveres produzidos para universidades, a fim de serem utilizados em estudos. É importante destacar, que este fato retrata uma das diferentes dimensões da indústria da loucura e também a insignificância de tais vidas, já que quando estes corpos não serviam mais como mercadorias eram simplesmente decompostos em ácido, no pátio do hospital, para que os ossos também fossem vendidos.

Ainda segundo Arbex⁹, em suas exemplificações acerca das atrocidades ocorridas em Barbacena, destaca também, a ocorrência de pessoas submetidas a diferentes formas de violência, tais como: exposição ao frio, fome e sede, além de incidência de espancamentos e contágio por diversas doenças. Cabeças raspadas, roupas retiradas, faziam parte do rol torturante, fator que contribuía para o extermínio de nomes, histórias e vidas. O odor fétido dos pavilhões e o esgoto corrente manifesto, sobressaía indicando a desumanidade. A superlotação incessante, era alimentada por trens que descarregavam vidas, geralmente para seu destino final, para serem imersas em maus - tratos e privações. Filhos retirados de suas mães, genocídio com aval de médicos e do Estado, tortuosa subtração das identidades e anulação de papéis sociais e da existência, também foram fatos experienciados.

A eletroconvulsoterapia-ECT, conhecida popularmente como choque ou eletrochoque e o uso excessivo de fármacos, entravam em cena, com objetivos dúbios: tortura, contenção e intimidação⁹.

Da mesma maneira, a lobotomia, foi utilizada para mudar comportamentos ou trazer uma suposta cura, sendo aplicada em milhares de pessoas internadas, em diferentes manicômios, entre estes o de Barbacena, não somente com finalidades terapêuticas, mas também objetivando punir, calar, docilizar, diminuir a lotação dos manicômios, angariar informações sobre anatomia e fisiologia cerebral, fazer experimentações e aprimorar a técnica. É preciso referir, que tal técnica, configurava-se como invasiva, perigosa e irreversível, remetendo sempre a incerteza da eficácia, o risco de morte e outras consequências ignoradas³²

Regularmente as pessoas eram levadas para os manicômios forçosamente. As internações ocorriam arbitrariamente, ou seja, tratava-se de sequestros, com conseqüente privação de liberdade¹⁰, com integral inexistência de critérios médicos ou outros que justificassem tal confinamento.

Ordem, controle, disciplina, desumanização, exploração, fatores observados em Hospitais Psiquiátricos, por meio de vivências diárias danosas, rotinas impositivas (determinação do horário do banho, remédio, café, acordar, dormir e comer)³, ausência total de individualidade, uniformização, inserção em trabalhos correlatos a escravidão, proibição de uso de talheres (já que loucos eram considerados perigosos, necessitando assim eliminar possibilidades dos mesmos fazerem armas), desautorização de práticas individuais de fé/espiritualidade e obrigatoriedade de prática de uma determinada doutrina, isolamento, ambiente insalubre, duchas geladas com alta pressão, falta de comida e água, violência física e sexual⁹.

Apesar da existência de iniciativas que fizeram denúncias públicas contra as barbáries praticadas em manicômios (mobilizadas por profissionais, famílias, comunidade ou outros), transcorreu-se muito tempo, até que efetivamente providências concretas fossem adotadas. Entretanto, tal experiência serviu para posteriormente legitimar diferentes ferramentas de avaliação de hospitais, a exemplo, o estabelecimento da Política de Avaliação de Serviços Hospitalares, existente até o ano de 2015 e as Inspeções Nacionais de Hospitais Psiquiátricos, realizadas pelo Conselho Federal de Psicologia¹¹ entre outras.

Especificamente acerca da inspeção realizada no ano de 2018¹¹, por diferentes iniciativas, em 40 hospitais de diferentes regiões do país, denotou-se violações de direitos praticadas nestes espaços, mesmo realizada 17 anos depois da Reforma Psiquiátrica, concernentes a, privação de liberdade, infraestrutura inadequada, insumos básicos insuficientes, aspectos institucionais de cuidado precários, condições de trabalho insalubres, composição da equipe insatisfatória, cotidiano institucional impróprios, ou seja, apresentaram ainda fortes indícios de tortura, tratamentos desumanos e degradantes¹¹.

Conceituar o termo tortura, é importante, na medida que, demarcam a gravidade das situações que permearam o mascarado cuidado prestado a pessoa com transtornos mentais em Hospitais Psiquiátricos. Deste modo, segundo a enciclopédia jurídica da PUCSP¹², tortura é uma prática cruel e criminosa,

compreendida como ações desumanas e brutais, desnecessariamente realizadas contra vítimas por livre escolha do praticante.

Do mesmo modo, tratamento cruel, desumano e degradante, configura-se como, ações direta ou indiretamente práticas por agente público, com vistas a gerar sofrimentos que podem ser de diversas ordens, direcionados a aprisionados, objetivando castigar, coagir ou outra razão¹¹.

Por fim, conforme aponta Campos et al.¹³ processos de internação, além de sofrimento intenso, geram segregação, anulação e mortificação de identidades e histórias. A internação nos moldes proferidos massifica a existência, apagando singularidades, despersonalizando, aniquilando qualquer tipo de escolha e exercício da autonomia, além de que, priva indivíduos de sua capacidade civil, econômica, política, determinando que a pessoa seja integralmente administrada por terceiros, fato que, suscita a ideia de incapacidade e subordinação¹¹.

Subjugar, negligenciar, expor a diversas situações de risco, minimizar, promover ações ultrajantes contra corpos, matar, são aspectos que evidenciam o lugar que este ser humano é colocado, um lugar de menos valia em que o estigma, preconceito e a discriminação exercem suas ferramentas para assegurar a exclusão, dentro de um Hospital Psiquiátrico. É notório que estes espaços, apresentam similaridades, que denotam características de um modelo asilar, hospitalocêntrico.

2.1.3 Modelos de atenção: a caracterização Asilar.

Por modelo, compreende-se aqui como: princípios, diretrizes, ideologias e convicções que gerem um determinado sistema. Especificamente, no que tange a Saúde, os modelos de atenção, correspondem a formas de cuidado assistencial. Assim, para além de caracterizar infraestrutura, organização, gestão ou financiamento, refere-se a diferentes âmbitos das ofertas de saúde¹⁴.

Isto posto, declara-se que, o modelo de atenção ou o modelo assistencial, alude às formas como se produz saúde e a como o Estado realiza estes procedimentos¹⁴, desta maneira, se trata dos moldes como são feitas as práticas e organizado os serviços, no qual, se engendra valores que o orientam, concepções

de sociedade, direitos que o guiam, traços principais e fundamentos, dados em um determinado contexto histórico-social¹⁴.

Ao falar de modelos de atenção estamos tratando dos modos como se articulam a estrutura operacional ou os componentes da atenção à saúde, que são orientados por certos conhecimentos teóricos e visão de mundo. Isso envolve a dimensão do projeto, o estabelecimento de finalidades e a articulação dos elementos necessários ao cuidado. Trata-se, não somente da tecnologia a ser empregada, mas de suas relações com a totalidade social, de modo que permanece como questão de fundo nesse debate o processo de trabalho em saúde, particularmente os meios de trabalho ou as tecnologias envolvidas, materiais e não-materiais. (Schühli¹⁴).

Deste modo, o modelo de atenção proposto em determinadas práticas, evidenciam as racionalidades envolvidas. Neste sentido, delimitar diferenças entre modelos de assistência para pessoas com transtornos mentais, os ditos loucos, demarca a disputa instituída ao longo do tempo, suas significações, finalidades, posicionamento político e projetos societários envolvidos¹⁴. Observa-se neste ensejo, a existência de dois modelos de atenção predominantes o Modelo Asilar e o Modelo de Atenção Psicossocial.

No que consente ao Modelo Asilar (lógica adotada nos hospitais psiquiátricos), apresenta-se pontos essenciais que o caracterizam: primeiramente a perspectiva biomédica, cuja ênfase está na determinação orgânica do problema que se pretende tratar, logo, seus meios básicos para o tratamento são, a hospitalização e a medicação⁶⁵. O que emana a nomeação também de modelo biomédico, modelo médico hegemônico ou modelo médico assistencial hospitalocêntrico¹⁴.

Conseqüentemente, este modo, torna-se hegemônico, centrado na higienização dos espaços, devido a aspectos políticos, sociais, culturais que refletem em profissionais e na população como um todo, impondo “biologismos”, medicalização da vida, mercantilização da saúde, busca pela cura, passividade e subordinação dos usuários, entre outros¹⁴.

Assim, na prática cotidiana dos serviços, verifica-se a essencialidade médica em detrimento de uma equipe multiprofissional, não havendo interprofissionalidade integradora e sim fragmentação de tarefas, fato que corresponde a uma prática análoga a uma linha de produção, em que na perspectiva da divisão do trabalho, cada um faz sua parte, fragmentando também o indivíduo. Neste sentido, não há espaço de troca entre os profissionais⁶⁵. Logo, denota-se

baixa capacidade de atuação de equipe, anulação de saberes e ausência de outras ofertas terapêuticas, que não medicamentosas.

Os prontuários, nesta perspectiva, são os elos que conectam a equipe⁶⁵, entretanto, há a inexistência de registros de atividades do dia a dia desenvolvidas, bem como, há a ausência de informações, acerca de histórico de vida, histórico do adoecimento, relações familiares, entre outras.

O ensejo asilar, precipita a busca pela normalidade, o controle, a supressão de sintomas e/ou a cura, posto que, o indivíduo é tratado apenas no seu estado de doente, diante disso, o proposto é somente o isolamento e remédio³³, já que a fundamentação do problema é biológica, logo, a eficácia do tratamento está centrada na química⁶⁵.

Por conseguinte, este modelo engendra pouca ou nenhuma consideração do indivíduo. Assim, utiliza-se a premissa de que, pacientes devem ser sujeitos passivos, subordinados, de modo que, a pessoa não é convocada a participar do tratamento, ela não é considerada sujeito de sua situação, não havendo pois, a possibilidade de diálogo, o que evidencia relações hierárquicas, determinadas pelo poder, em que geralmente os médicos são as autoridades e o indivíduo fica no lugar de submissão e inferioridade⁶⁵. Ocorrência também expressa através da possibilidade de interdição do indivíduo e do exercício de outras práticas anuladoras.

Acerca dos efeitos deste modo de tratar, em via de regra tem-se a cronificação⁶⁵, em função de que, inexistem propostas de acompanhamento e reabilitação, com vistas a inserir socialmente, gerar protagonismo e garantir direitos, se objetiva apenas eliminar sintomas³³.

A inexistência de ações dirigidas para componentes familiares e/ou afetivos, são colocadas neste pressuposto, dado que o indivíduo é visto como doente, de maneira que, é considerado o centro do problema, logo, quase que se desconsidera contexto e família⁶⁵.

A centralidade biomédica, refuta outros atores enquanto produtores de cuidado. Por isso, não se verificam ações articuladas e integradas. Para cada parte do “ser” existe um especialista e para eventuais necessidades, fragmenta-se a problemática e encaminha-se para a área responsável, prezando-se pela lógica do encaminhamento (referência e contrarreferência), sem nenhuma implicação.

O modelo asilar, conseqüentemente acarreta ações abusivas, violadoras, invasivas, exploradoras e fragmentadoras, entretanto, representa o modo

hegemônico e autoritário que se tende a disseminar em detrimento de práticas reabilitadoras e humanizadas, em que fica exposto os reais interesses, valores e princípios ocultos: manter uma sociedade desigual firmada no modo de produção capitalista³³.

2.1.4 SUS, Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica: Construindo o modelo psicossocial.

No Brasil, o movimento antimanicomial, ocorreu a partir do final da década de 70, buscando propiciar discussões, reflexões e mudanças de práticas, acerca da loucura. Entretanto,

As transformações necessárias, transcendiam o âmbito administrativo-formal, implicando profundas mudanças nas concepções sobre loucura, nas práticas para lidar com as diferentes condições classificadas como doenças mentais ou sofrimento psíquico e, sobretudo, no reconhecimento de direitos plenos das pessoas identificadas com essas condições (nos marcos dos direitos sociais e humanos). Tais mudanças exigiram intensa mobilização social, ocupação de novos espaços e enfrentamento de interesses econômicos e políticos. (Machado³⁴).

Para tanto, em um contexto de democratização do país e reforma sanitária, movimentos sociais realizados por pessoas com histórico de longas internações, familiares, ativistas de direitos humanos, profissionais e outros, passaram a revelar as impetuosas atrocidades, ocorridas em manicômios, consumando assim, atos potentes, estruturados e de resistência, em prol da defesa dos direitos da pessoa com transtornos mentais. Fatos estes que originaram o Movimento da Luta Antimanicomial. T tamanha mobilização exerceu um papel fundamental neste campo, imprimindo o caráter radical da proposição¹³⁰.

A instituição da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹³¹, igualmente contribuiu para a mobilização em prol de um novo modelo de assistencial, visto que, instituiu, conforme seu preâmbulo, um Estado Democrático, visando garantir direitos, liberdade, segurança, bem-estar, igualdade e justiça, sem preconceitos.

Conforme exposto, as premissas constitucionais além de assentir direitos igualmente, também instaurou a criminalização do racismo e da tortura e oportunizou

a concretização do SUS¹³¹, que nasce das manifestações populares, para instaurar uma lógica fundamentada na garantia de direitos, universalidade, atenção integral e promoção da cidadania. Tais proposições ofereceram bases integrais e institucionais para os avanços transformadores do modelo manicomial³⁴.

Associado a promulgação das políticas acima citadas, pressupostos Basaglianos, acerca das barbáries ocorridas em manicômios, originados a partir de visitas de Basaglia à instituições de caráter asilar no Brasil, geraram repercussões drásticas, que culminaram em discussões em congressos, produções de reportagens, crônicas e curtas metragens.

Destaca-se que Basaglia é uma importante referência no movimento da Reforma Psiquiátrica Italiana, denominada Psiquiatria Democrática, em que se estabeleceu pressupostos transformadores a princípio em Gorizia e Trieste, pautados na necessidade de fechar tais hospitais e assegurar a liberdades dos pacientes, os inserindo novamente na sociedade, com projetos de desinstitucionalização que pudessem originar novas estruturas assistenciais e terapêuticas. Diante da alta de hospitais e ausência de vínculos familiares de apoio, propunha-se espaços de hospedagem, no sentido a possibilitar o habitar em casas no meio das cidades¹⁸⁹.

Ademais, inspirações de diferentes outros pensadores, críticos ao modelo hospitalocêntrico, no plano internacional e nacional, impulsionaram novas ideias e iniciativas para mudanças³⁴.

Importa mencionar, que outros marcos fortaleceram o movimento antimanicomial, tais como: a assinatura da Declaração de Caracas em 1990¹³³, as ações na Casa de Saúde Anchieta em Santos- SP, a constituição do Núcleo de Atenção Psicossocial- NAPS, implementação do Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira¹³⁴ além de outros.

Através das proposições advindas do projeto de lei nº. 3.657 de 1989 de Paulo Delgado, foi se instituindo as diretrizes iniciais que determinaram a transição de leitos psiquiátricos pela rede de atenção à saúde mental¹³⁴. Entretanto, somente em abril de 2001, é sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica, sendo um projeto substitutivo ao da lei original e portanto, com alterações significativas em seu texto original, fato que evidenciou as tensões contrárias existentes, que exigiram negociações e adequações, até a sua estimável promulgação²¹.

Sobre este aspecto, Yasui²¹, declara que, apesar das disputas travadas entre os adeptos da psiquiatria hospitalar excludente e do novo modelo radical proposto, a Reforma Psiquiátrica nasceu, não conforme prisma original, que previa a extinção dos manicômios e a troca do modelo hospitalocêntrico, mas, como política que redirecionou a lógica assistencial, impondo proteção e direitos para pessoas em sofrimento mental, mesmo com a coexistência de instituições de caráter asilares.

Portanto, a proteção de direitos, a desospitalização e a desinstitucionalização, são princípios básicos da reforma, propondo-se então, práticas mais inclusivas e assistência em liberdade, no território, dentro de diferentes serviços, que assegurassem diálogo com a comunidade¹³⁵, em substituição aos hospitais psiquiátricos, presumindo-se a superação do modelo asilar.

Todavia, requer atenção as questões que permeiam o conceito, desinstitucionalização, uma vez que, não se trata apenas de retirar pessoas de dentro de hospitais, mas sim, refere-se a proposituras que questionem a ideologia manicomial e suas raízes (higienismo, capitalismo, eugenismo), evidenciando a radicalidade da situação⁶⁴. Semelhantemente, em consonância com Hirdes¹³⁴, desinstitucionalizar é um:

Trabalho prático de transformação que contempla: a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução de possibilidades, o deslocamento da ênfase no processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de uma nova política de saúde mental; a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global; a construção de estruturas externas totalmente substitutivas à internação no manicômio; a não-fixação dos serviços em um modelo estável, mas dinâmico e em transformação; a transformação das relações de poder entre a instituição e os sujeitos; o investimento menor dos recursos em aparatos e maior nas pessoas. (Hirdes¹³⁴).

Assim, a desinstitucionalização é a base de sustentação da Reforma Psiquiátrica, processo este que exige mais do que mudanças técnicas, requer o rompimento de barreiras político-sociais, para instaurar um novo lugar para a “loucura” e para construir uma sociedade que conviva com as diferenças. Nesta conjuntura, no bojo das transformações pautadas pela lei da Reforma Psiquiátrica, há o rechaço a quaisquer formas de discriminação, seja quanto à raça, orientação, nacionalidade, ou qualquer outra¹³⁷. Haja vista que, é preciso banir a discriminação e a segregação para ensejar a inclusão social.

Dentre os direitos assegurados nos atendimentos de Saúde mental, em prol da transposição de muros e criação de protagonismos de vida, tem-se conforme Art. 2º, da lei da Reforma Psiquiátrica¹³⁷: acesso a tratamento conforme necessidades, tratamento humanizado, objetivando recuperar e inserir na família e comunidade, proteção contra as diferentes formas de exploração, garantir que haja o fornecimento de informações acerca de seu acompanhamento, receber tratamentos menos invasivos possíveis, de preferência em serviços comunitários, entre outros.

Logo, as internações em Hospitais Psiquiátricos devem ocorrer, somente se todas as alternativas junto a rede comunitária forem insuficientes e ineficazes, contudo, o propósito intangível do acompanhamento permanece sendo realizar processos para a reinserção social do usuário¹³⁷.

Isto posto, constata-se que a Reforma Psiquiátrica ascendeu então um modelo antagônico ao hospitalocêntrico: o da Atenção Psicossocial.

A Atenção Psicossocial vai se definindo por uma série de transformações no paradigma Asilar e Psiquiátrico, valendo-se de ações nas esferas político-ideológica e teórico-técnica. Suas ações político-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, ao mesmo tempo sublinhando a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética e da ética em que se pautam. (Costa-Rosa et al.¹³⁸)

O modo da Atenção Psicossocial, enquanto campo, que nomeia todo o conjunto de práticas a serem adotadas para substituir os moldes asilares, remete a processos de reabilitação psicossocial, que representam meios para promover a inclusão, direitos e a cidadania. Assim, mediante iniciativas articuladas com o território (dentro de diferentes serviços), atuantes na perspectiva da equidade, singularidade, subjetividade, uso de estratégias de acolhimento e responsabilização²¹, emerge a proposição psicossocial. Logo, a reabilitação psicossocial pode ser conceituada como, a promoção de tudo aquilo capaz de assegurar sentido ao viver.

Oportunamente, é importante fazer um adendo acerca de um fenômeno que se coloca igualmente como passível de exclusão em manicômios, mas, que pouco foi evidenciado no processo inicial de recondução de políticas de Saúde

Mental: a questão do uso de álcool e drogas, visto que, a Reforma Psiquiátrica, a priori, não a conseguiu englobar integralmente, dentre seus desafios¹³⁹.

Enquanto um fenômeno plurifacetado, os aspectos concernentes ao uso de drogas, necessitam de estratégias que abranjam sua complexidade e profundidade, há que se considerar que as relações com as drogas inserem-se em um contexto amplo, multicausal envolvendo diversas interações e variáveis. Contudo, conforme observado historicamente, a questão foi vista, muitas vezes de maneira reducionista e fragmentada, em que as intervenções propostas, foram marcadas por concepções opostas, assim, ora foram colocadas sob a perspectiva jurídica-moral (mau a ser combatido e reprimido), ora na perspectiva biomédica (doença a ser curada por meio de tratamento)¹³⁹.

As consequências do uso excessivo de drogas, podem ser diversas, podendo suscitar acometimentos e agravos em diferentes áreas da vida do indivíduo¹⁴⁰. Apesar disso, somente no ano de 2002, a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, se reconheceu o uso adverso de drogas, como uma questão de saúde pública e se instituiu uma política especializada, centrada no campo da saúde mental, com premissas condizentes a ampliar acesso a tratamentos, compreender integralmente a dinâmica do fenômeno, promover direitos e reduzir danos, sobre a concepção psicossocial¹⁴¹. Assim, no campo da saúde, o cuidado para aspectos do uso de substâncias psicoativas devem seguir as premissas da Reforma Psiquiátrica.

Aqui, essencialmente é importante acrescentar que, a lenta incorporação das questões acerca do uso de drogas na Saúde Mental, pode ter gerado a desconsideração e/ou marginalização de suas particularidades e portanto, a descontextualização da área e a simples transposição de modelos. Ocorrência está verificada na atualidade, diante da replicação da lógica de estruturação e funcionamento do CAPS geral para os CAPS AD¹⁴², contudo, estes aspectos não serão tratados nesta pesquisa.

2.1.5 O modelo psicossocial: caracterização

As práticas da Atenção Psicossocial, sedimentam um conjunto de posições teórico, éticas, técnicas e radicais em relação às práticas até então dominantes¹³⁸ (modo asilar), desta forma, contraposições entre os modelos serão realizadas, almejando evidenciar as novas configurações propostas.

Os modos psicossociais, demarcam um paradigma inovador, que deve configurar-se como alteridade radical¹³⁸. Assim, o que dela enseja são, processos de desospitalização, desinstitucionalização, desmedicalização, implicações subjetivas e socioculturais, por oposição a hospitalização, medicalização e objetificação⁶⁵, versando pois, pela clínica ampliada, interdisciplinar e transdisciplinar¹³⁸.

É importante reforçar, que por medicalização, entende-se: ações nas quais se entende como doenças, problemas não caracterizados pela ordem médica, enquanto que por 'medicamentação', se refere a tentativa de controle médico da mente⁹⁸. Contra esta perspectiva, o Modelo Psicossocial propõe romper com aspectos medicalizantes, pois, considera que os processos de adoecimentos, são resultantes de fenômenos complexos (fatores políticos, biopsicossociais e outros), logo, saúde não representa inexistência de doença, sob a ótica orgânica unicamente, de maneira que, a abordagem a ser utilizada, deve ser a da promoção de qualidade de vida²¹ e não a cura.

Sob este sentido, o sujeito está na centralidade, ou melhor, está na condutividade de seus processos, logo, não pertence a ele a passividade, de modo que, constantemente deve ser convocado a participar de sua assistência⁶⁴, isto significa que, a concepção da organização das relações, ocorrem de forma horizontalizada, na qual o indivíduo pertence a práticas de seu tratamento, junto a família e seu grupo¹³⁸.

Igualmente, no que concerne aos aspectos intrainstitucionais, as organizações institucionais, também devem atender premissas de horizontalização, seguindo conformações que enfatizem à participação popular e ações de autogestão, desmistificando assim, relações de poder e paradigmas institucionais autoritários e repressores. Por esta razão, o modelo psicossocial deve garantir que haja espaços de interlocução, com momentos de falas e escuta e expressão da subjetividade, ou seja, diálogos concomitantes, bem como, ações territoriais e

deslocamentos livres das pessoas, para realização da integralidade do cuidado⁶⁵.

Neste contexto, a “loucura” não é considerada como um fenômeno unicamente individual, mas sim, social, em que não se objetiva trazer o indivíduo para a normalidade, mas inseri-lo no meio comunitário. Assim, acentua-se a ênfase na reinserção social e em formas de resgatar a cidadania⁶⁵. Tal modo, demanda a construção de alternativas no território para assistência, sendo os principais dispositivos típicos institucionais: os CAPS, equipes multiprofissionais na APS e outras que devem atuar em Rede, desvincilhados da lógica asilar⁶⁵.

Sendo assim, as equipes são essenciais, pois cotidianamente possuem a tarefa de expandir e consolidar tais propósitos, superando a lógica da centralidade médica e dos “especialismos”, de forma a incluir diferentes estratégias de intervenção, além da medicamentosa. Equipes estas que devem atuar interdisciplinarmente, integrando perspectivas teóricas e técnicas em suas práticas, visando gerar novas formas de sociabilidade⁶⁵.

Destaca-se aqui, a importância das trocas de saberes e práticas, propiciadas por meio da atuação interdisciplinar, uma vez que, contribuem para que não haja o aprisionamento dos processos de trabalho em estruturas rígidas, metódicas e mecânicas, exaltando pois, as competências das equipes, os usuários e a comunidade¹³⁶.

Portanto, a Atenção Psicossocial, propõe ações para a recuperação da cidadania para pessoas em sofrimentos mentais e para tanto, convoca uma atuação ampla, em diferentes dimensões.

2.1.6 Políticas Públicas consonantes ao Modelo Psicossocial

Para legitimar as propostas da Reforma Psiquiátrica, essencialmente contou-se com a promulgação de diversificadas Políticas Públicas que delinearam novos processos de trabalho. Salienta-se que políticas são ações de governo, estabelecidas por vários atores, a partir de análise, propósitos e decisões, objetivando produzir respostas específicas e efetivas para determinados grupos de interesse. Indiscutivelmente há disputas entre propostas e propósitos, que se ancoram em diferentes lógicas, valores e paradigmas.

Neste sentido principalmente entre os anos de 2002 a 2011, foram aprovadas várias legislações, referentes a financiamento, implementação de serviços, dispositivos de cuidado e outras, que consumaram a realização da clínica psicossocial, conforme demonstra o quadro 1:

Quadro 1 : Principais políticas instituintes da Atenção Psicossocial

Legislação	Objetivos e Propostas
Lei nº.10.216 de 6 de abril de 2001, que fala da proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais e questões do uso de drogas, redirecionando a lógica assistencial da saúde mental.	<ul style="list-style-type: none"> - Reorientar o modelo de atenção, deslocando a lógica manicomial para a lógica de atenção comunitária; - Reduzir progressivamente leitos psiquiátricos os substituindo por serviços comunitários. - Assegurar direitos diversos; - Ampliar o cuidado em diferentes pontos da rede extra-hospitalar; - Favorecer processo gradativo de desinstitucionalização; - Romper paradigmas discriminatórios e de exclusão, contribuindo para mudar a relação da sociedade com a pessoa em sofrimento, com a diversidade, com a diferenças, com a alteridade, transformando a ideia de que aquilo que é desconhecido é perigoso e portanto tem que ser afastado excluído.
Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que regula os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS nas diferentes modalidades.	<ul style="list-style-type: none"> - Instituir e organizar o funcionamento dos diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossociais, de acordo com contingente populacional, como: CAPS I, II, III, Álcool e outras Drogas e Infantojuvenil; - Promover acompanhamento de pessoas em intenso sofrimento psíquico e/ou transtornos mentais incluindo aspectos acerca do uso de drogas; - Assegurar cuidado em meio comunitário; Oferecer atenção contínua e personalizada; - Instituir ações para superação do modelo biomédico centrado, através do uso de diferentes recursos terapêuticos, diferentes estratégias de cuidado, bem como, composição da equipe por diferentes categorias de devem funcionar de modo interdisciplinar. - Organizar e instruir diferentes pontos da rede de atenção no manejo de questões acerca da Saúde Mental; - Oportunizar ampliação do cuidado para contexto e família; - Ampliar o conceito saúde-doença, propondo ações integrais de atenção em diferentes setores; - Concretizar a intersectorialidade; Criar espaços de reinvenção e produção de vida.
Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que propõe auxílio para reabilitação de egressos de internações.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelece formas de desconstruir práticas manicomiais, fornecendo subsídio para pessoas submetidas a longa internação em hospitais psiquiátricos, a fim de auxiliar a existência do indivíduo fora do ambiente hospitalar; - Reestruturar práticas assistenciais, intencionando assegurar direitos a liberdade; - Favorecer a promoção de autonomia, independência e o protagonismo de vida de pessoas longamente internadas;

<p>Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos.</p> <p>Portaria nº 3.090 de 23 de Dezembro de 2011, concretiza o SRT tipo I e II e destina recursos financeiros para incentivo custeio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Instituir moradias, fora de limites hospitalares, para pessoas institucionalizadas por longos períodos, almejando inserir o indivíduo na vida comunitária; - Possibilitar estrutura acolhedora e suficiente; - Garantir mínimos básicos para sobrevivência de maneira satisfatória, ex.: alimentação, vestuário, higiene, etc. - Assegurar aporte profissional satisfatório; - Propiciar retorno à vida comunitária, por meio do cuidado no território, propiciando convívio social; - Desenvolver ações de Reabilitação Psicossocial; Desinstitucionalizar e desospitalizar egressos de longas internações psiquiátricas; Substituir à internação psiquiátrica prolongada; - Favorecer a redução gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos; - Promover cuidado centrado nas necessidades do usuário, produzindo autonomia; - Construir habilidades de vida diária, bem como, atividades da vida cotidiana; - Inserir em programas emancipadores, como: alfabetização, geração de trabalho, entre outros. - Assegurar cidadania e estabelecimento de laços afetivos e sociais; - Promover assistência para aqueles que não consigam desfrutar plenamente de autonomia e independência; - Reconstruir vínculos familiares e afetivos.
<p>Política Nacional a Atenção a Usuários de Álcool Drogas, de 2003, prevê tratamento, prevenção, educação e demais ações intersetoriais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a transversalização do cuidado, em que os diferentes saberes se atravessam, produzindo novos olhares, dispositivos de cuidado e integralidade. - Colocar o uso problemático de drogas, como questão de saúde pública; - Assegurar acesso e direito à assistência; - Descentralizar serviços, para garantir atenção em espaços mais próximos ao convívio social; - Assegurar assistência equânime no meio comunitário; - Realizar processos de reinserção social; - Viabilizar ações articuladas com diferentes setores, assegurando a intersetorialidade; - Atuar de acordo com as singularidades, assegurando com a abstinência não seja o objetivo único do tratamento; - Atuar na perspectiva da Redução de Danos; Ampliar a liberdade do usuário; - Desenvolver ações no território, por onde circulam os indivíduos; - Estabelecer fortalecimento de vínculo com familiares; - Usar como dispositivos o acolhimento, vínculo, corresponsabilização e a ampliação da clínica; - Garantir acesso a medicação, atenção, ações de educação permanente.
<p>Política de Humanização de 2003, que estabelece propósitos de mudanças nas práticas de cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Propor integração entre assistência e gestão; - Gerar protagonismo, corresponsabilidade, promoção dos sujeitos e coletivo, para promoção de práticas mais humanizadas; - Humanizar cuidado, que se traduz; - Incentivar uso de diferentes estratégias, como: a rodas de conversas, participação em redes e movimentos sociais, inserção de trabalhadores na gestão, objetivando a reinvenção de processos de trabalho; - Colocar usuários, familiares na centralidade do cuidado; - Mudar as relações no trabalho; - Estabelecer a compreensão de que cada pessoa é uma legítima cidadã de direitos; - Implementar conceitos norteadores das práticas, conforme preceitos da clínica ampliada, bem como: promover acolhimento, valorizar o trabalhador, estabelecer processos de educação permanente, etc.

Portaria nº 52 e 53 de 20 de Janeiro de 2004, versa por reestruturar a assistência hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> -Reduzir leitos e estabelecer propostas comunitárias; - Diminuir progressivamente os recursos financeiros de hospitais, para recursos do território.
Portaria nº. 2.197, de 14 de outubro de 2004, versa por ampliar atenção aos usuários de drogas no SUS.	<ul style="list-style-type: none"> -Promover atenção a usuários de substância segundo reforma psiquiátrica. -Estabelecer atenção em rede; -Criar serviços complementares para compor a rede, promovendo retaguarda, na perspectiva da lógica territorial. - Promover atenção integral, usando como dispositivos: intervenções breves, aconselhamento, ações de redução de danos, etc. - Evitar internações em Hospitais Psiquiátricos.
Portaria nº. 1.028, de 1 de julho de 2005, propõe ações de redução de danos.	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir danos por meio de diferentes estratégias; - Respeitar a singularidade; - Assegurar a garantia de direitos; - Estabelecer ações para ampliação de informações; - Realizar orientação, informação, educação e aconselhamento, acerca de prevenção de doenças, prática de sexo seguro e outras. - Oferecer tratamento, diagnóstico, imunização, entre outras; - Definir meios de reduzir danos e agravos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas;
Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008 estabelece o NASF.	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar a resolutividade da Atenção Básica de Saúde, bem como, ampliar o escopo de ações ofertadas. - Integrar e promover um acompanhamento longitudinal, assegurando cuidado integral; - Instituir como diretrizes: a interdisciplinaridade, conceito de território, intersectorialidade, educação popular, participação social, , humanização e educação permanente; - Estabelecer ações de promoção, prevenção, reabilitação e outras.
Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 coloca diretrizes para a organização da Rede de Atenção.	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer nível de saúde da população; - Encontrar meios efetivos de cuidado, na perspectiva clínica e econômica; - Promover integração do sistema, de ações e serviços; - Assegurar acompanhamento longitudinal e humanizado; - Proporcionar relações horizontalizadas; - Mudar lógica, cuja centralidade devem ser as necessidades em saúde de uma população, pelo cuidado multiprofissional; - Instituir processos de economia de escala, qualidade e suficiência.
Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, estabelece a Rede de Atenção Psicossocial.	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento mental e com necessidades vindas do uso de substâncias psicoativas; - Garantir o cuidado integral centrado nos territórios; Garantir direitos, cidadania, buscando progressiva inclusão social; - Consolidar modelo de atenção comunitário; Fortalecer os processos de desinstitucionalização; - Assegurar a articulação e integração dos serviços - Promover ações de reabilitação, prevenção e redução de danos; - Instituir ações intersetoriais; - Garantir acesso a um atendimento integral e humanizado, com foco no acolhimento, acompanhamento contínuo e vinculação à rede.
Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011, propõe equipes de consultório de rua.	<ul style="list-style-type: none"> -Ampliar o cuidado da população em condição de rua aos serviços de saúde;

Lei 12.857 de 02 de Agosto de 2013, estabelece o Sistema Nacional de Prevenção e Combate à Tortura- SNPCT.	<ul style="list-style-type: none"> - Proteger a dignidade Humana; - Assegurar a Universalidade e Igualdade; - Monitorar, avaliar e propor aperfeiçoamentos às ações de prevenção e combate à tortura e a outros tratamentos desumanos ou degradantes.
--	--

Fonte: Elaboração da pesquisadora

2. 2 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAIS: AGENTES DA TRANSFORMAÇÃO

Conforme descrito no capítulo anterior, diversas normativas foram implementadas para construir a atenção psicossocial e estabelecer processos para a desinstitucionalização. Para tanto, os CAPS representam os principais instrumentos para execução da Política Nacional de Saúde Mental, no qual, originalmente foi concebido, com a finalidade de substituir hospitais psiquiátricos, isto representa, a missão destes serviços de efetivamente concretizar a Reforma Psiquiátrica cotidianamente, transformando a assistência e rompendo com o paradigma psiquiátrico centrado no modelo asilar/hospitalocêntrico²¹.

Conforme o Ministério da Saúde¹⁴⁴, os CAPS são, pontos de atenção táticos da Rede de Atenção Psicossocial e se destinam a promover cuidado prioritariamente à pessoa em intenso sofrimento ou transtornos psíquicos, bem como, para aqueles com necessidades advindas do uso de substâncias psicoativas, bem como, para familiares, possuindo caráter comunitário, composto por equipe interdisciplinar¹⁴⁴.

A portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002¹⁶, define diferentes tipos de CAPS, conforme abrangência populacional, porte e complexidade, sendo:

Quadro 2: Modalidade de CAPS segundo portaria 336/2002¹⁶.

CAPS I	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de todas as faixas etárias, indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes ¹⁶ .
CAPS II	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, de faixas etárias adultas, indicado para municípios com população de 20.000 a 70.000 habitantes ¹⁶ .

CAPS III	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviço de atenção contínua, com funcionamento por 24 horas ininterruptamente, ofertando retaguarda clínica, acolhimento noturno a outros serviços de Saúde Mental, inclusive CAPS AD, indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes ¹⁶ .
CAPS AD	Atende adultos, crianças ou adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com caráter aberto e comunitário indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes ¹⁶ .
CAPS AD III	Atende adultos, crianças ou adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, funcionamento 24 horas, ininterruptamente. Indicado para municípios com população acima de 200.000 habitantes ¹⁶ .
CAPS IJ	Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimentos e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e comunitário. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes ¹⁶ .

Fonte: Brasil¹⁶.

Importa salientar que institui-se também o CAPS AD IV, entretanto, como este serviço se desvencilha dos aspectos psicossociais, este será discutido posteriormente, no item 2.5 acerca da prenúnciação de propostas contrarreforma psiquiátrica.

Avançando nos preceitos que regem estes serviços, é importante salientar, que os mesmos devem atuar como agentes transformadores de diversas dimensões, conforme aponta Yasui²¹,

- Dimensões técnico-assistenciais, propondo-se redes, com espaços para a sociabilidade, produção de subjetividades, geração de renda, aporte, moradia e outras formas de produção de vida;
- Dimensões políticas, almejando dar voz àqueles destituídos de direito, àqueles que em muitas situações não são considerados cidadãos;
- Dimensões socioculturais, que abrange modificações no imaginário social, que em geral desqualifica, exclui, infantiliza e cria temerosidades, produzindo concepções mais inclusivas e acolhedoras para as diferenças.

Atender a estes propósitos, requer abarcar diferentes princípios e diretrizes, visando qualificar, instruir e formatar uma prática que imperiosamente precisa ser capaz de atender as prospecções do modo psicossocial, assim, insere-se neste ensejo, preceitos mais amplos da Reforma Sanitária, especialmente: participação comunitária no planejamento, gestão e controle das instituições de

saúde¹⁴³ e enquanto campo mais recente: o da Saúde Coletiva, lhes compete a capacidade de abordar processos de saúde e cuidado, conforme histórias e prospectos da integralidade, englobando inventividades nas práticas²¹.

Incluem-se no rol de influências para as atividades nos CAPS, a Declaração Universal de Direitos Humanos, a Política Nacional de Humanização-PNH, entre tantas outras, que apesar de essenciais, não serão evidenciadas neste projeto.

Destaca-se aqui, a relevância da PNH, no campo da Saúde Mental, visto que esta, se conforma como política que visa romper relações de poder, repensando os arranjos organizacionais dos serviços do SUS. Política esta que em conformidade com Santos-Filho e Barros citado por Severo¹⁴⁵, busca promover a,

valorização da dimensão subjetiva, social e cultural em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecimento do trabalho em equipe, construção de redes cooperativas na construção de ações em saúde, construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade e indissociabilidade entre a atenção e a gestão, democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores. (Santos-Filho e Barros, citado por Severo¹⁴⁵).

Para tal, conta-se com distintos dispositivos a serem realizados na prática cotidiana, tais como: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários¹⁷.

Destacar aspectos concernentes a clínica ampliada, se faz importante, pois, trata-se de um dos principais referenciais a serem desenvolvidos nos CAPS, em virtude de que, apresenta o compromisso ético e radical com o indivíduo, visando assegurar responsabilização, intersetorialidade e ampliação do conceito acerca dos processos de saúde e doença¹⁷. Assim, ampliar a clínica:

(...) traz possibilidades de fazer emergir para os profissionais de saúde outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, considerando os usuários em seu contexto sócio-histórico, em seus modos de viver, em seu território. A clínica ampliada é denominada por "Clínica do Sujeito", que exige um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la na pessoa que apresenta algum problema de saúde. Trata-se aqui de saber o que o sujeito apresenta de regularidade na clínica e mais além, o que ele manifesta de diferente, de singular, que não se repete e que é só dele. Isto pressupõe a construção de um vínculo com o usuário (Campos citada por Costa¹⁹).

Isto posto, observa-se a imprescindibilidade de executar uma clínica que coloque o sujeito na centralidade, compreendendo todas suas dimensões, para que por meio do acolhimento e estabelecimento de vínculos, se consiga atender a amplitude de suas necessidades. Ademais, é por meio desta clínica, que se é possível inverter a lógica hegemônica dos serviços, garantindo acesso universal.

Cumprе enfatizar aqui, a importância dos processos de acolhimento, também como dispositivo da clínica ampliada, visto que se trata de uma intervenção capaz de amparar, escutar, confortar e abrigar aquele que sofre, diante de quaisquer necessidades. Em que o acolher é sinônimo de cuidar. E cuidar em saúde denota:

pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isso representa uma ruptura epistemológica de grande importância (...) Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. Ruptura que inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação. (Yasui²¹).

Enquanto, que acolher pressupõe,

reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (Brasil²⁰).

Desmistificando o entendimento comum, Costa et al.¹⁹, aponta que o acolher não quer dizer solucionar demandas emergenciais do sujeito, principalmente quando se refere a procedimentos compreendidos como corriqueiros de saúde (agendar consulta médica, exame, entre outros), nem agir prontamente para “se livrar” das problemáticas ou infortúnios causados pelo usuário. Acolher frequentemente significa sustentar indefinidamente queixas, auxiliando em sua ampliação e atribuição de significados, para que se alcance a compreensão dos

reais sentidos da queixa e necessidades do sujeito, se estabelecendo e fortalecendo assim, um vínculo e propostas conjuntas.

A vista disso, destaca-se que as tecnologias de cuidado, a serem utilizadas em serviços de Saúde Mental, conforme definido por Merhy⁴⁵, concernem em tecnologias leves, compreendidas como a tecnologia das relações, que envolvem a produção de vínculo, autonomização e acolhimento. Puramente, visando fazer um contraponto, acerca da lógicas das práticas de cuidado, informa-se que o uso de tecnologias leve-duras, dizem respeito a saberes estruturados, que agem no trabalho em saúde, enquanto que, tecnologias duras, são aquelas entendidas como intervenções terapêuticas pautadas no uso de equipamentos tecnológicos, máquinas, medicamentos, normas e estruturas organizacionais.

O uso das tecnologias leves, é o que gera o campo do “trabalho vivo em ato”, um exercício que essencialmente é relacional, alcançados nos momentos do encontro entre o trabalhador e o usuário, em que este é também o protagonista da produção de saúde e cuidado⁴⁵. Desta maneira, se houver a concretização do trabalho vivo em ato, imperiosamente haverá o indicativo de que,

a relação entre trabalhador e usuário, para a produção da saúde, se dá sob parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali há o encontro de sujeitos que têm juntos protagonismos na produção da saúde e sobretudo, estão presentes diretrizes de intervenção/relação de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização. (Merhy e Franco⁴⁵).

Todavia, seu oposto opera na concretude do uso unicamente de tecnologias leve-dura e duras e apresenta-se como “trabalho morto”⁴⁵, aquele pautada em ações hegemônicas tradicionais, centradas em procedimentos biomédicos, em que este precisa dar lugar a uma hegemonia do trabalho vivo⁴⁵.

Processos de trabalho e formação de equipe condizentes com proposições acerca da construção de autonomia, corresponsabilização e exercício da cidadania, são imprescindíveis na perspectiva da prática diária de um CAPS. Neste aspecto, evidencia-se que as “equipes são o alicerce, o principal instrumento de intervenção, invenção e produção dos cuidados em Atenção Psicossocial”¹⁴³. Assim, os serviços devem possuir distintas categorias profissionais, que pela articulação de seus saberes e práticas, construam e inventem formas de cuidar.

Impreterivelmente, as equipes devem estabelecer diálogo, cooperar entre si, borrando assim as fronteiras entre seus núcleos, para conhecer e incorporar o

olhar e o saber do outro, ampliando assim, o escopo de compreensão e as possibilidades. Deste trabalho em equipe, que se produz também, respeito e relações horizontalizadas, fato que restringe a centralidade médica no cuidado, para ser desempenhado por uma equipe multiprofissional, de modo a estabelecer relações trabalhador - usuário segundo perspectivas humanitárias, de solidariedade e cidadania²¹.

Considerando que o cuidar no CAPS, possui diferentes desígnios, tais como: trazer o indivíduo para a centralidade de seu acompanhamento, acolher, gerar protagonismo e aumentar sua potência do existir, a equipe deve utilizar diferentes ferramentas para tal e conforme afirma Yasui²¹, quanto maior a diversidade e a quantidade destas ferramentas, maiores serão as possibilidades de construir projetos de cuidado adequados a complexidade do ser.

Neste sentido, como indica a Portaria nº. 336¹⁶, há um amplo conjunto de recursos, que podem ser usados nos CAPS, como: atendimentos grupais ou individuais, oficinas, visitas, atendimento à família, ações no meio comunitário e ampliando o disposto na portaria, pode se utilizar: medicação propositada, ações de geração de renda, acompanhamento terapêutico, atividades comunitárias, culturais de lazer, festas e quaisquer outras ações que possam consumir a reabilitação psicossocial e legitimar a melhoria das condições de vida e o incremento de laços sociais, concebendo dignidade, autonomia, contratualidade e participação.

Salienta-se aqui, a importância dos grupos nas práticas de cuidado em Saúde Mental, visto que, que conforme Aragão¹⁴⁶, o grupo tem potencial para produzir sentidos coletivamente, além de que por meio deste dispositivo se exterioriza os sofrimentos, se compartilha vivências e experiências, contribuindo assim, para a eficácia do cuidado.

Conseqüentemente, por meio da realização de atividades em grupo, há a oportunidade de fazer trocas de experiências e diálogos. Através destes encontros, se pode gerar aprendizados e mútuos apoios. É factível, por meio das ações em grupo, obter diferentes experiências e desenvolver distintas habilidades (criatividade, espontaneidade, construção de autoconfiança, percepções acerca de si), além disso, consegue-se também obter compartilhamentos de poder e responsabilidades e expressar sentimentos, emoções, conflitos e outras proposições¹⁴⁷.

Considerando os inúmeros benefícios das ações coletivas, há uma ampla gama de possibilidades a serem realizadas dentro ou fora dos CAPS, como:

atividades expressivas, motoras, sociais¹⁴⁸ e outras conforme exemplifica, Aragão¹⁴⁷, como oficinas terapêuticas, de geração de renda, de alfabetização, esportivas, de suporte social, ações familiares e tantas outras.

Importa mencionar, que esta diversidade de estratégias não deve recusar técnicas tradicionais de Saúde Mental, tais como: medicação, psicoterapias, espaços de convivência e outras. Mas, estas devem ser empregadas de acordo com as singularidades, sempre na perspectiva territorial²⁶. Portanto, os grupos podem estar diretamente relacionados à produção de saúde, podem ampliar repertórios e propiciar alternativas inovadoras¹⁰⁸.

Considerando que a reabilitação é um processo a ser desenvolvido no território, torna-se fundamental, reavivar que por território, compreende-se: local da vida de cada um, conseqüentemente o lugar do heterogêneo, da diferença, onde se materializa o contexto e se observa as singularidades. É neste território que se tecem relações sociais, de trabalho, de poder, relações familiares e tantas outras relações e nestes fatores, os seres se diferem entre si, não cabendo pois, generalizações globais, normatizações diagnósticas, nem padrões únicos a serem estabelecidos para todos, haja vista que, cada ser vivencia aspectos singulares que os tornam distintos e com necessidades diversas¹⁴⁹.

O território então, também é um espaço de produção de cuidado, que corresponde a oposição viva ao tratar centrado no hospital, já que é nos territórios que se dão projetos de vida. Por esta razão, o cuidar precisa abranger o contexto real, estar focado onde a vida acontece e é possível, no dia a dia, respeitando as singularidades e diversidades. E devido a isso os CAPS são estrategicamente comunitários e de base territorial.

Neste cenário, as visitas domiciliares, tornam-se estratégicas indispensáveis, dentro dos processos de trabalho do CAPS, pois é uma ferramenta para potencializar a construção de participação, poder contratual do indivíduo e busca por direitos. Por meio do uso desta tecnologia interventiva, se propicia articulações diversas, interações entre indivíduos, reconhecimentos da realidade local, construção de vínculos, entendimento das dinâmicas familiares, acesso aos serviços, podendo ser realizadas quando o indivíduo precisa de assistência, mas também, diante de quaisquer impossibilidades de deslocamento do indivíduo, ou ser pensada em circunstâncias específicas de acordo com a necessidade¹⁴⁹.

Além das visitas aos domicílios é necessário também, conhecer a diversidade de possibilidades existentes em determinado território, objetivando constituir intervenções. Coadunando com esta proposição, Yasui²¹, afirma que os serviços substitutivos precisam atuar na lógica do território, desvelando a vida de cada lugar, seus recursos e singularidades. Nesta conjuntura, desvendar as potencialidades dos territórios, abrange o repertório de estratégias dos CAPS, almejando construir uma rede intersetorial, dado que efetivar a reabilitação psicossocial e o cuidado integral, requer a integração de diferentes setores (justiça, educação, cultura, transporte, lazer, habitação, inclusão social, esporte, trabalho e outras), de maneira a efetivar a intersectorialidade.

Importa aqui, ressaltar que a noção de intersectorialidade, está intrinsecamente relacionada ao princípio da integralidade, constituindo-se em um recurso das Políticas Públicas, que expressa a conexão entre diferentes políticas, pretendendo adaptar-se às diferentes realidades dos territórios para produzir saúde e vida.

A intersectorialidade, oportuniza suporte para questões relativas a problemas reais, sendo o diálogo, fonte de conhecimento e saberes, que possibilitam elencar fragilidades e potencialidades. Desta forma, os diferentes pontos da rede, articulados, integrados e organizados em parcerias, ampliam a possibilidade de cuidado, superam a fragmentação do ser, atribuindo outro lugar para a pessoa com graves sofrimentos psíquicos¹⁵⁰. Do mesmo modo, a Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz¹⁵¹, define a intersectorialidade como:

a integração de diversos setores governamentais e não-governamentais com vistas à solução de problemas complexos cuja característica fundamental é a multidimensionalidade. Envolve o reconhecimento de problemas, necessidades ou oportunidades comuns aos setores e a convergência de esforços, conhecimentos e recursos para o planejamento, a execução e a avaliação de ações integrais. (Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz¹⁵¹).

Fundamentalmente o CAPS precisa atuar conjuntamente com outros serviços, em que todos devem assumir responsabilidades e exercer as tarefas que lhes cabem, construindo assim redes. Isto significa, diversificar os serviços, ampliando os pontos de circulação, convivência e o uso dos recursos existentes na comunidade, como exemplo: uso do ginásio de esportes, inserção nos cursos dos centros culturais, participação das palestras das associações, realização de eventos,

entre outras, capazes de construir formas de convivência justas e equânimes²¹. Circunstâncias estas capazes de romper com o isolamento e a onipotência das instituições totais, impedindo inclusive que o CAPS reproduza esta lógica.

Independente da modalidade do serviço, os CAPS devem construir, executar, articular e gerenciar Projetos Terapêuticos Singulares-PTS. Parte-se do princípio que, para a construção de um PTS, o serviço se organize seguindo premissas da clínica ampliada (equipe interdisciplinar, intersetorialidade, corresponsabilização, vinculação, processos democráticos, etc.), em que basicamente segundo Kinoshita¹⁰⁸ é preciso:

- Definir um profissional ou mini equipe de referência, para favorecer a longitudinalidade do acompanhamento, articulações e formulações de proposituras;
- Resgatar como se deu a procura do indivíduo pelo serviço e a forma como se iniciou o vínculo, visando verificar se servirá de base para construir alicerces relacionais de compromisso e comprometimento com o usuário;
- Ampliar a contratualidade, oferecendo flexíveis condições oportunidades para que ela esteja no serviço;
- Realizar uma cartografia da vida do usuário, buscando a história, as formas de organização de vida, marcos, trajetória, possibilidades e potenciais, almejando compreender as diferentes esferas que compõem a vida do indivíduo e suas relações, fazer interpretações e reconstruir sentidos.
- Seguir mapeando multidimensionalmente a vida daquele indivíduo, desvendando o que é significativo, razões das dores e sofrimentos, se apropriando do que há de capital cultural, econômico e social;
- Estabelecer uma linha do tempo, determinando sequencialmente os eventos significativos da vida;
- Definir conjuntamente com todos os envolvidos, quais caminhos adotar para apoiar o indivíduo, na ampliação de seu capital social, cultural, econômico, com vistas a assegurar exercício da cidadania e um viver melhor. Com este propósito é preciso identificar quais articulações (na comunidade, família, poder público, etc) e atores são necessários, construindo assim responsabilização e o cumprimento de seus papéis.

2.2.1 Rede de Atenção Psicossocial

Ainda no bojo de estratégias de transformações do modelo assistencial, segundo premissas da Reforma Psiquiátrica, as Redes de Atenção em Saúde-RAS, configuram-se como essenciais. Especificamente no âmbito da Saúde Mental, a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, instituída por portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011¹⁵, é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, que possuem como diretrizes, o respeito aos direitos humanos, combate a preconceitos e estigmas, promoção de equidade, conforme determinantes sociais da saúde, oferta de cuidado integral, assistência interdisciplinar e humanizada, centradas nas necessidades dos sujeitos, uso de diversas estratégias de cuidado, ações intersetoriais, uso de estratégias de redução de danos, controle social e participação familiar, promover atividades de educação permanente¹⁵.

Esta rede, deve ser formada por diferentes serviços do território, denominados pontos de atenção, que segundo a portaria nº. 3.088/2011¹⁵, são conforme ilustração:



Figura 1: Rede de Atenção Psicossocial. SAES/DESME¹⁵³.

Os serviços da RAPS objetivam ampliar acesso e garantir integração e articulação dos diferentes pontos de atenção em prol da promoção do cuidado no território, de maneira a construir uma rede viva, comunicante, segundo a

representação da figura abaixo.

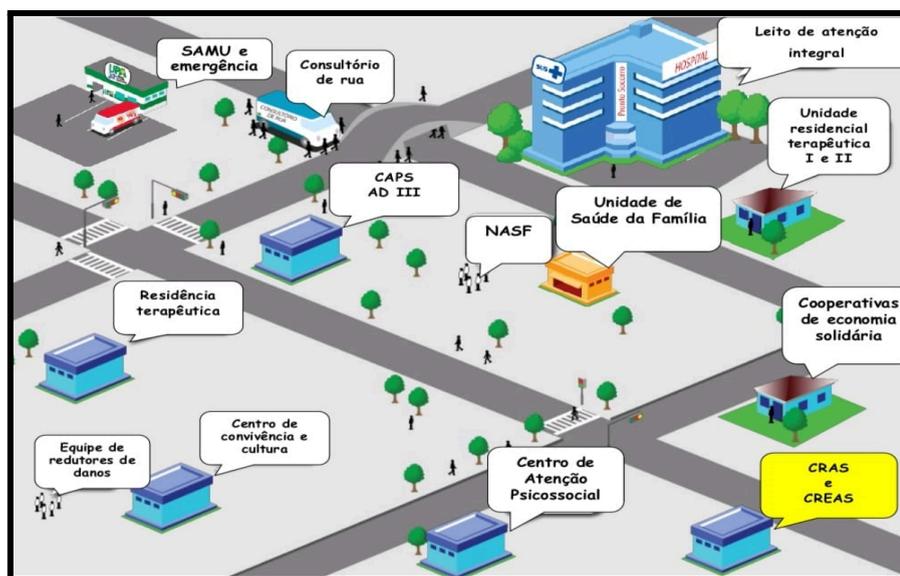


Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial. SAES/DESME¹⁵³.

Observa-se a essencialidade dos serviços de Atenção Básica de Saúde-ABS, na assistência em Saúde Mental. Deste modo, importa caracterizar tais serviços, que representam a Atenção Primária de Saúde-APS. Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB¹⁸³, tais unidades destinam-se a promover, prevenir, proteger, diagnosticar, tratar, reabilitar, reduzir danos, promover cuidados paliativos e vigilância em saúde¹⁸³, a serem realizados por equipe interdisciplinar, intersetorial, através de práticas integradas, direcionadas à população de um determinado território.

As Unidades Básicas de Saúde-UBS são a primordial porta de entrada da população, sendo o centro do diálogo das Redes de Atenção à Saúde-RAS, responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das ações e serviços da rede¹⁸³.

Os principais processos de trabalho dos serviços de atenção primária, corresponde à conhecer o território, programar ações articuladas, garantir acesso, acolher, fortalecer vínculos, criar espaços de apoio, estabelecer parcerias, organizar fluxos, avaliar riscos e vulnerabilidade e determinar outras ferramentas prezadas pela Clínica Ampliada e na Gestão da Clínica¹⁸³. Vale informar que o termo Gestão da Clínica é compreendido como:

Conjunto de tecnologias de microgestão do cuidado destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e

diretrizes clínicas, planos de ação, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera, auditoria clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a clínica centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada. (Brasil¹⁸³).

Baseado nos dizeres acima, constata-se que se trata de uma lógica de atenção, que prevê a compreensão ampliada de processos saúde-doença e devem apoiar-se em construções conjuntas de cuidado, de forma humanizada e singularizada, isto é, centradas nas necessidades do indivíduo, cujo acolhimento, exercício da escuta e empatia são ferramentas importantes, acrescidas de estratégias não tradicionais de atenção¹⁸⁴.

Desta forma, a ABS é o nível preferencial para o estabelecimento de ofertas para pessoas em sofrimento psíquico, devendo atuar conforme pressupostos descritos acima. Em que, também deve ser protagonista do cuidado no território favorecendo processos de desinstitucionalização.

Entretanto, o que se observa, é o desencontro entre o instituído legalmente e as práticas realizadas pela APS, em que os serviços apresentam dificuldade para organização de processos de trabalho condizentes com a proposta, além de que, há o desconhecimento acerca de competências a serem executadas, ausência de qualificação dos profissionais, obstáculos para estabelecer comunicação entre os diferentes serviços, priorização de métodos de cuidado biomédicos e outros fatores que geram fluxos e diretrizes equivocadas, comprometimento da resolutividade e do acompanhamento realizado¹⁸⁵. A temática acerca de dificuldades assistenciais, será melhor detalhada no item 2.2.4 sobre a implementação da atenção psicossocial e seus desafios.

Visando favorecer a construção de processos assistenciais de Saúde Mental na ABS, pauta-se a imprescindibilidade de ações de Educação Permanente em Saúde, bem como, para propiciar a integração dos serviços de saúde mental com a APS e outros, o matriciamento ou apoio matricial, apresenta-se como proposta integradora, com potencial de transformar o modelo hegemônico do sistema de saúde²³.

O matriciamento é conceituado como uma forma de produzir saúde, em que as equipes, em um processo conjunto e compartilhado estabelecem alternativas, geram propostas interventivas, sob a ótica pedagógica e terapêutica. De forma a assegurar processos formativos, instrumentalização e fortalecimento de práticas de cuidado²³.

O apoio matricial e as equipes de referência, são formas de organização do trabalho em saúde. Conquanto, que para sua estruturação, utiliza-se de diferentes tecnologias, como: realização de discussões de caso, consultas compartilhadas, visitas domiciliares realizadas conjuntamente e outras ações que auxiliem as equipes a se desprenderem de seus “menus de ofertas”, para realizarem propostas, partindo dos desejos e necessidades dos indivíduos, família e comunidade¹⁵².

Por meio dos matriciamentos é possível estabelecer trocas de saberes, delineando assim, constituições de núcleo e campo. Conforme Oliveira¹¹³,

Os saberes específicos de cada profissional envolvido, seus domínios técnicos e experienciais, constituem o Núcleo de saber de cada um deles. Os saberes e práticas em comum, articulados em torno de um mesmo objeto de trabalho, constituem o Campo (da saúde, das práticas de saúde, do cuidado, da vida em comum). Nessa desejável troca de saberes e de práticas, os núcleos devem atuar sinergicamente articulados pelo Campo, pelo interesse em comum na melhora das condições do sujeito em questão e, ao mesmo tempo, na validação e na construção de novos saberes e práticas em saúde. (Oliveira¹¹³).

A operacionalização de ações de apoio matricial requer, condições de trabalho, estruturação dos serviços e processos de educação permanente, a partir daí, se pode verificar diversos resultados, como: ampliação da capacidade de manejo dos casos, formas distintas de relacionamento entre serviços e profissionais, ativação de espaços de comunicação ativa, detecção de dificuldades de acesso, identificação de fragilidades ou vazios assistenciais, entre outros¹¹³.

2.2.2 Situações de crises psiquiátricas

Oportunamente, faz-se imperativo, apontar que está para o CAPS e para a RAPS atender contextos de crises psiquiátricas. Entretanto, é importante conceituar brevemente o termo, crise. Há duas concepções antagônicas, a respeito da expressão, uma atinente a perspectiva biomédica e outra psicossocial. Do ponto de vista hegemônico, biomédico, a crise em saúde mental,

corresponde a casos psiquiátricos considerados agudos, com referência na intensidade, frequência e gravidade de sintomas em uma correspondência histórica entre gravidade e periculosidade (...) Neste sentido, o caráter agudo, a noção de risco, necessidade de intervenção imediata e gravidade definem o espaço institucional de cuidado. (Dias et al.⁶⁶).

Sob a égide psicossocial, a crise é compreendida não somente como fases agudas de sintomas psiquiátricos, que requerem supressão urgentemente, mas sim, como um momento a ser investido, visando dispor de seus potenciais criativos e de transformação¹⁵⁴.

A concepção psicossocial, requer intervenções específicas de cuidado a crise, que segundo Dias et al.⁶⁶,

É estruturada a partir de referenciais norteados pela inclusão, vínculo, conhecimento da história e contextos do sujeito, valorização dos aspectos subjetivos e respeito à temporalidade da crise. (Dias et al.⁶⁶).

As práticas de atuação, em contextos de crise, se dão conforme, referencial teórico de cada conceituação, estrutura (no sentido de recursos e serviços existentes), processos de trabalho instaurados, possibilidade de articulação com a rede e meios de regulação de vagas⁶⁶. Entretanto, preza-se pelos modos psicossociais, sendo esta a percepção que precisa orientar as intervenções nos CAPS.

Nesta perspectiva, o papel dos trabalhadores cotidianamente nos CAPS, seria o de auxiliar o indivíduo a atravessar este estado. Todavia, a intervenção nestes momentos, poderiam ocorrer em diferentes locais, isto é, nos espaços onde a vida da pessoa acontece. Diante desta incidência, observa-se a proeminência da ampliação do lugar de atenção à crise, que é transposta para as redes de suporte,

ampliando-se assim possibilidades interventivas. Desta maneira, em conformidade com esta visão, a assistência deve ocorrer de modo compartilhado e corresponsável pelos diferentes serviços da RAPS e de outros setores⁶⁶, cuja finalidade principal é manter os vínculos do usuário e estabelecer redes de relações cabíveis⁶⁴.

Reafirmando o parágrafo acima, é de fundamental importância que as ações de atenção à crise não sejam realizadas isoladamente pelo CAPS, mas por diferentes pontos de atenção.

Demarca-se, pois, que as condições de crises podem se apresentar de diferentes formas e intensidade⁶⁶. Deste modo, determinadas situações de crise, podem ser acompanhadas pelas UBS, focando então, a assistência ao usuário e seu grupo familiar, em que a estratégia a ser usada pode ser: a intensificação da frequência dos atendimentos, assistência multiprofissional e estabelecimento de vínculos. Igualmente desfrutar de recursos da rede intra e intersetorial, é útil, almejando promover um cuidado pactuado com o indivíduo, familiares e rede, com ofertas terapêuticas e de aporte singulares. A depender das circunstâncias, os serviços de urgência e emergência são necessários principalmente em situações de risco de morte e comorbidades clínicas¹¹⁰.

Por fim, as estratégias de cuidado psicossociais no contexto das crises psiquiátricas, requerem envolver sempre, independente do ponto de atenção, o acolher, escutar e avaliar, ou seja, as intervenções nestes períodos exigem um manejo condizente com a valorização do indivíduo, intencionando respeitar seu tempo, sua individualidade e singularidade. Neste aspecto, o uso da escuta terapêutica, torna-se ferramenta viável, considerando que ao oferecer a escuta, se é possível criar oportunidades de auxílio, apesar de que muitas vezes aquilo que se escuta, aparenta sem sentido, todavia, “esta fala, este fazer ou este sintoma, tem sempre uma significação; significação está, muitas vezes captada pelo conteúdo do delírio ou da alucinação”¹⁵⁴ e ao se analisar este conteúdo, se pode reconstruir um sentido, oportunizando solucionar a questão de base da crise¹⁵⁴, ou minimamente realizar um direcionamento implicado para o serviço mais adequado que possa fazer.

É significativo dizer que a ajuda farmacológica, com vistas a facilitar as relações entre o indivíduo e as questões de sua vida, também se apresenta como estratégia a ser usada em momentos de crise, todavia, de forma humanizada e racional, de maneira a favorecer a atenção para a subjetividade do indivíduo nesta

condição.

2.2.3 Evolução numérica dos CAPS

No que concerne à evolução anual do número de CAPS, o Departamento de Saúde Mental- DESME Álcool e outras Drogas, apontou que houve expansão de CAPS no Brasil ao longo do tempo, de modo, que até julho do ano de 2023, haviam 2.869 serviços habilitados de diferentes modalidades, divididos entre 1.910 municípios de todos os estados brasileiros. A tabela abaixo apresenta especificamente a quantidade de cada modalidade:

Quadro 3: Número de CAPS conforme modalidade.

Componente	Qtd. de Serviços
CAPS AD	332
CAPS AD III	138
CAPS AD IV	3
CAPS I	1.442
CAPS II	531
CAPS III	127
CAPS i	296
Total	2.869

Fonte: DESME¹⁵³.

Em relação à expansão, evidencia-se a crescente expansão dos serviços, como apresentado na figura 3:



Figura 3: expansão dos CAPS até julho de 2023, conforme DESME¹⁵³

Observa-se que entre os anos de 2004 e 2016, houve a implementação regular de CAPS, em que a cada ano, em média 175 foram instalados, sendo que entre os anos de 2012 e 2013, 371 foram implementados.

Todavia, entre os anos de 2016 a 2017, houve a implementação de 106 serviços, e consecutivamente de 2017 a 2018, 32 serviços, fator que demonstra o movimento inverso, ou seja, uma redução drástica de implantação de serviços, a exemplo, entre os anos de 2021 a 2022 implementou-se apenas 41 serviços.

Vale evidenciar que após a retirada da presidente Dilma do poder no ano de 2016, instaurou-se um declarado plano contrarreforma psiquiátrica⁸³:

Nesse período, assistimos a uma série de medidas normativas, administrativas e de profundas mudanças na estrutura de financiamento da política de saúde mental, álcool e outras drogas, por parte do governo federal e também de alguns estados e municípios, que caminham exatamente na direção do desmonte da Política de Estado de Reforma Psiquiátrica, sustentada na Lei nº. 10.216 de 2001. (Vasconcelos¹⁵⁵).

Deste modo, observa-se que a redução da velocidade de implementação de CAPS no período de tempo mencionado, está relacionado com perturbações do programa deliberado de desmonte da política da Reforma Psiquiátrica¹⁵⁵. Questões relativas especificamente às iniciativas de desmonte da Saúde Mental, serão aprofundadas no item 2.5, sobre o prenúncio da concretização de transformações políticas.

Alega o fato de que no ano de 2023, elegeu-se um novo presidente para o país, o que esperançou oportunidades de resistência e avanços. De modo que a implantação de 33 CAPS de janeiro a julho de 2023 já evidenciava novas possibilidades.

2.2.4 A Implementação da Atenção Psicossocial, CAPS e seus Desafios

Observa-se que ao longo de todo processo histórico, que constitui a Reforma Psiquiátrica, teve-se desafios, incoerências e contradições adversas a concretude do SUS, da Reforma e da Atenção Psicossocial e conseqüentemente impactam diretamente no funcionamento dos CAPS. Como exemplo, em 2006, o

Ministério da Saúde, em documento específico para gestores²⁵, já destacava algumas dificuldades na operacionalização do SUS, alusivas a: fragmentação do processo de trabalho, precariedade da interação dos trabalhadores e despreparo dos mesmos para lidar com subjetividade exigidas na atenção, desinvestimento na qualificação dos trabalhadores, atenção centrada na relação queixa-conduta, entre outras.

Do mesmo modo, em estudo realizado por Fiorati e Saeki¹⁵⁶, sobre a forma como a atenção psicossocial estava sendo efetivada em serviços não hospitalares, evidenciava-se a prática frequente de ações pautadas prioritariamente no atendimento médico e medicamentoso, com a inferiorização de ações psicossociais, imersas em precarizações das relações de trabalho.

Dimenstein et al.¹⁴⁵ no contexto dos obstáculos postos para transformar modos hegemônicos de cuidado, apontou que, os próprios serviços prezados para serem substitutivos, eram agentes de cronificação dos usuários, já que propagava a permanência contínua dos mesmos dentro da instituição. Para estas autoras, estes processos ocorriam em função da não efetivação de modificações sociais, políticas, econômicas e subjetivas integralmente.

Tecer redes e estabelecer a corresponsabilização entre CAPS e Atenção Primária de Saúde-APS, também apresentou-se com adversidades corriqueiras, em que conforme Costa et al.¹⁹, a implantação da atenção psicossocial, sempre foi marcada por tensões entre serviços de Atenção Básica e de Saúde Mental, de forma que em muitas circunstâncias havia a exclusividade de atendimento no CAPS se desconsiderando a porta de entrada oficial das redes.

Do mesmo modo, Lima²², demonstrava a existência de problemáticas condizentes ao desenvolvimento de atividades comunitárias e de reintegração. Além de que, sobre a concretização de ações específicas de inclusão social e a promoção de cidadania, Brasil¹³⁰, apontou que um dos instrumentos para tal, seria a inserção no trabalho, entretanto, apesar do fomento a geração de associações ou cooperativas de trabalho, estas estratégias ainda permanecem com características de frágil sustentação e financiamento.

No que concerne às ações cotidianas dos CAPS, regularmente detectou-se o desenvolvimento de ações sustentadas pelos núcleos de competência das categorias profissionais em detrimento das atuações interdisciplinares¹⁵⁶, bem como, evidenciou-se a escassez do estabelecimento e gestão de projetos

terapêuticos singulares e estabelecimento de diretrizes inflexíveis e protocolizadas²².

Semelhantemente, em estudo realizado por Campos et al.²⁶, acerca da avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossociais de Campinas, se identificou fragilidades em diversos fatores, incluindo problemáticas alusivas aos trabalhadores, como por exemplo: ausência de planos de cargos e salários, isonomia, avaliação dos trabalhadores, além de escassez de processos de educação permanente.

Especificamente acerca do acompanhamento de condições de crise em Saúde Mental, observou-se que entre os diferentes serviços prezados para atendimento, rotineiramente houve divergências, contradições acerca da lógica de atenção, pouca instrumentalização para manejo, vazios assistenciais e outros fatores que culminavam em internações em locais especializados, falhas assistenciais e baixa resolutividade da rede.

Incontestavelmente há outros fatores que contribuíram e contribuem para a precarização e/ou dificultam o concretização das propostas pertencentes aos serviços de saúde mental, entretanto, vale expor, que muitas problemáticas apresentadas advêm do plano macro, concernente a legislações que se sobrepõem e criam discrepâncias, financiamento insuficiente, dimensionamento das equipes definidas a partir de porte populacional e não aspectos epidemiológicos, políticas avessas a realidade do país (desigualdades, vulnerabilidade, racismo), desfinanciamento da rede, políticas verticalizadas, sucateamento, diversificação de modelos de atenção entre os serviços, desintegração intersetorial, entre outras

2.3. DA CONTRARREFORMA A PANDEMIA

2.3.1 O prenúncio da concretização de transformações políticas: iniciativas contrarreforma.

Apesar das adversidades existentes, observa-se avanços na esfera do SUS e Saúde Mental, tais como: a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos, implementação de serviços comunitários, dentre outros. Entretanto,

conforme já citado no item 2.3, a partir do ano de 2016, passaram a ocorrer a promulgação de normativas ou notas técnicas, que claramente buscavam redirecionar a lógica assistencial da Saúde e Saúde Mental. Percurso este que endossa “o argumento de diversos autores que qualificaram as novas orientações como retrocessos com relação às conquistas da reforma psiquiátrica brasileira”¹⁵⁷.

No ano de 2016, ocorreu o impeachment de Dilma Rousseff, e a colocação no poder do vice Michel Temer, que passou a adotar diversas medidas neoliberais, iniciando várias reversões nas políticas sociais, a título de exemplo, tem-se a publicação da Emenda Constitucional nº 95 de 15 de Dezembro de 2016, a qual fixou os gastos sociais por 20 anos⁸³. As novas regras desconsideraram portanto, as taxas de crescimento econômico e demográfico do país, resultando em sucateamento das políticas sociais, colocando em risco a qualidade de vida do povo, que já padecia pela pobreza, desigualdade social, desemprego, violência, educação de qualidade e outros danos¹⁵⁹. Especificamente acerca de prejuízos instaurados por tal iniciativa,

(...) obviamente, impedirá os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras, o que se faz necessário em virtude do crescimento demográfico, e sobretudo em razão dos objetivos e fundamentos constitucionais, que direcionam um projeto constituinte de um Estado de Bem Estar Social. (Mariano¹⁵⁹).

Isto posto, fica evidente, que tal emenda, considera a Saúde como despesa e não como algo a ser investido⁵⁹. Resumidamente:

O governo Bolsonaro, de extrema direita e com características neofascistas, assumiu em 2019 com uma plataforma antidemocrática, antipopular e ultra neoliberal no campo econômico, no qual a estratégia principal tem sido desconstruir as principais políticas públicas e sociais e realizar cortes. Isso está implicando em um desmonte profundo das estruturas e instituições democráticas, das políticas sociais e do pacto político expresso na Constituição de 1988. (Vasconcelos¹⁵⁵).

Exclusivamente na perspectiva dos desmontes da Saúde Mental, houve o estabelecimento de diferentes norteadores, conforme apresentado no Quadro 4, que propuseram alterações, incidindo diretamente na lógica de atenção.

Quadro 4: Principais normativas apresentadas que incidem sob lógica assistencial dos CAPS (Proposições de transformações políticas).

Legislações	Objetivos e Propostas
Portaria nº 1.482, de 25 de Outubro de 2016.	Insere na tabela de serviços de Saúde, Comunidades Terapêuticas, admitindo estas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), favorecendo seu financiamento com recursos públicos.
Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017, coloca diretrizes para fortalecer a RAPS.	Passa a considerar-se como componentes da RAPS, Hospitais Psiquiátricos Especializados, garantindo reajustes nas diárias de internação. Além de que preza pelo comprometimento em fortalecer parceria e apoio às Comunidades Terapêuticas e apresenta o CAPS IV
portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera outras portarias que dispõe sobre a RAPS.	<ul style="list-style-type: none"> - Caracteriza o CAPS AD IV, como espaço para atender pessoas em intenso sofrimento ocasionado pelo uso de crack e outras drogas. - Oferta de assistência para situações emergenciais.
Nota Técnica 11/2019, expõe mudanças propostas na Política de Saúde Mental	<p>Apresenta a “nova política nacional de saúde mental”, incluindo novos serviços na RAPS, como, CAPS AD IV, Hospitais psiquiátricos, ambulatorios especializados;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evidencia que não há mais serviços substitutivos a outros. -Apresenta nova caracterização para os atendidos em SRT; -Incentivo ao atendimento ambulatorial; -Inserção das Comunidades Terapêuticas na rede; - Apresenta a Eletroconvulsoterapia como possibilidade de oferta de tratamento; - Desqualifica as redes poliárquicas; - Posicionamento contrário ao fechamento de Hospitais Psiquiátricos; - Reconfigura os SRT;
Portaria nº. 544 de 07 de maio de 2018, coloca o CAPS IV no CNES.	Estabelece diretriz para CAPS IV, incluindo cadastramento como estabelecimento de Saúde.
Resolução CONAD nº1, de 9 de março de 2018. Realinha a Política Nacional sobre Drogas.	<p>Estabelece novos alinhamentos e propostas para fortalecer a política sobre drogas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Propõe tratamento com objetivo único de abstinência; -Posição contrária à legalização das Drogas;
Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017, Política de Atenção Básica	Para a não especificar quantidade de Agentes comunitários de Saúde-ACS.
Portaria Nº 3.659 de 14 de novembro de 2018, responsável pela suspensão de repasse financeiro para custeio da RAPS.	-Suspende recursos mensais para CAPS, SRT, Unidades de acolhimentos, leitos de saúde mental em hospitais gerais, justificadas pela falta de registro de procedimentos nos sistemas de informações do SUS.
Portaria nº.596 de 22 de março de 2022 sobre financiamento da RAPS	Revoga o financiamento federal e incentivos financeiros a estratégias de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS.
Edital de chamamento público nº 3/2022 do Ministério da Cidadania, por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED.	Busca selecionar organizações que desenvolvam ações como em hospitais psiquiátricos, em regime de internação, ambulatorio, pronto atendimento ou outros, para firmar convênios para proporcionar tratamento e inserção social de usuários de drogas.

Fonte: Elaboração própria

As propostas acima citadas, apresentam premissas que desvirtuam a Reforma Psiquiátrica. De maneira que, detalhadamente, serão apresentadas as principais alterações e impactos, das propostas mais relevantes, começando pela Nota Técnica nº. 11 de 2019.

Proposições demarcadas em tal nota, geraram grandes repercussões pela explícita intencionalidade de destruição das Políticas de Saúde Mental. A mesma foi publicada, visando fazer esclarecimentos acerca de uma nova política a ser instaurada. Apesar da negativa reverberação, que a divulgação do documento causou, observa-se que alguns novos/velhos fatores propostos, foram estabelecidos, por meio de leis, portarias e demais normativas.

É importante salientar o caráter antidemocrático e autoritário do qual a nota foi estabelecida, sem processos de debate público, já que espaços de controle sociais foram eliminados das discussões e não houve consideração de seus apontamentos.

Conforme conotação disseminada pela Nota Técnica, os novos/velhos serviços integrados na RAPS, sendo: hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, teriam a finalidade de ampliação de ofertas de atenção, portanto, se tratando de melhoria na assistência para a pessoa com transtornos mentais.

Demarcado também no documento, que não caberia a concepção de que serviços deveriam ser fechados, contrariando a proposta original da Reforma Psiquiátrica acerca do fechamento de manicômios, mas sim, enquadraria-se a qualificação dos mesmos, na perspectiva da humanização do cuidado¹⁵⁸.

Por consequência, as novas normatizações evidenciaram que não haveria mais uma rede substitutiva, pois um serviço, não deveria substituir a outro, fato que também se opõe a Reforma Psiquiátrica, pois originalmente os CAPS teriam a função de substituir hospitais psiquiátricos. Esta alteração foi justificada, sob a alegação da necessidade de inserir diversos tipos de serviços para tratar satisfatoriamente. Assim, se colocou estabelecimentos com características asilares e os CAPS igualmente na RAPS, sugerindo a coexistência harmoniosa, com vistas de que os serviços fossem complementares¹⁵⁷.

O aumento de recursos para hospitais e a aprovação de recursos do fundo de saúde para aquisição de aparelhos para Eletroconvulsoterapia-ECT, também voltou à tona, como estratégia terapêutica de cuidado. Entretanto, considerando seu histórico de uso, que objetivava docilizar corpos e punir, não é

possível garantir que isso não ocorra novamente. Além do mais, não se pode esquecer, que trata-se de um procedimento que considera unicamente a instância da determinação biológica, de mecanismos, eficácia, consequências e segurança questionáveis¹⁵⁷.

Nesta mesma conjuntura, as comunidades terapêuticas passam a vigorar como possibilidade de espaço para tratamento voluntário para aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas¹⁵⁸.

Passa-se também a incentivar atendimentos em ambulatórios, colocando estes serviços como fundamentais para fornecer atendimento para uma suposta demanda reprimida e que não se encaixam nem em CAPS, nem em serviços da Unidade Básica, sendo portanto, uma ação custo-efetividade, visto que, diante de uma suposta cobertura adequada, haveria impacto favorável em diversos indicadores¹⁵⁷.

Apresentou-se como inventividade o CAPS IV, sendo um serviço destinado ao atendimento de pessoas com comprometimentos intensos ocasionados pelo uso de drogas e que, conforme Ministério da Saúde²⁴, estes serviços possuiriam plantão médico e equipe multiprofissional ininterruptamente para atendimentos emergenciais, bem como, destinados a atender indivíduos em cenas abertas de uso, melhor dizendo, nas “cracolândias”.

Para os Serviços Residenciais Terapêuticos-SRT, também foi proposto modificações, no sentido de que, perderiam sua premissa original, passando a poder acolher pessoas com transtornos mentais ou que apresentassem situações de vulnerabilidades.

Conforme observado acima, as alterações propostas continuaram utilizando enunciados e terminologia típica da atenção psicossocial. Todavia, conforme pontua Passarinho¹⁵⁷, tal conduta, significa uma tentativa de esconder reais pressupostos, posicionamentos éticos e intencionalidade. Haja vista, que tais normatizações da nova política, apresentam discrepâncias do instituído pela Reforma Psiquiátrica.

Deste modo, incrementar a RAPS com instituições asilares, se apresenta como deturpante, já que a RAPS foi originalmente concretizada para substituir hospitais psiquiátricos e proporcionar cuidado no meio comunitário. Da mesma forma, o CAPS IV, se apresenta como um serviço que contraria preceitos da territorialidade, vinculação e atuação compartilhada de cuidado. Campos¹⁶⁰, acerca

do CAPS IV, alega que se trata de um drible para retornar práticas asilares e permanecer mercantilizando a vida e a loucura.

Equitativamente, reincidir em praticar eletroconvulsoterapia, agora com financiamento público, conforme Oliveira¹⁶¹, representa custear o retorno de uma lógica centrada em manicômios,

É importante conhecer a história da construção de verdades sobre a ECT. Os efeitos de um choque elétrico sobre o corpo ou sobre o cérebro não são diferentes em qualquer época. Podem mudar as maneiras de controlar efeitos colaterais, mas não os efeitos centrais, com as tecnologias de que dispomos. O uso de anestésicos e relaxantes musculares deixa o choque mais palatável, mas pode constituir apenas um artifício cosmético, ofuscando o que ele realmente representa, além de representarem um risco adicional. O eletrochoque pode provocar sedação e, de forma temporária, controlar alguns sintomas dos transtornos mentais. Mas a mera supressão de sintomas não pode ser a essência da terapêutica e da busca da recuperação. O sucesso do tratamento é indissociável das condições integrais de vida dos usuários e de suas famílias, nos territórios onde se inserem. (Oliveira¹⁶¹).

Estabelecer ambulatorios, igualmente, se mostra como algo que favorecerá proposições hierarquizadas e desarticuladas de atenção, pautadas em determinantes biológicos do adoecimento e interesses mercantilistas, fato que pode tornar esses espaços submissos a indústrias farmacêuticas.

No que concerne às questões de atenção à pessoa que faz uso de substância, a nova política aposta unicamente em tratamentos, cujo resultado seja pautado na abstinência. Neste ensejo, as estratégias de redução de danos foram anuladas. Tal prospecto ignora os aspectos subjetivos do indivíduo, negando assim, sua singularidade e seu direito de efetivar escolhas sobre a própria vida. Demonstração está, de evidente alteração do paradigma, que passa da centralidade nas necessidades do sujeito, para uma proposição proibicionista e asilar¹⁶³.

Acerca das Comunidades Terapêuticas, importa salientar que se trata de um serviço que compreende o uso de substância como doença, e prevê a institucionalização como aprendizado social. Contudo, estes serviços promovem o afastamento do indivíduo de seu território de vida, bem como, de seus vínculos familiares e comunitários. Observa-se também, que numerosa parte destas instituições, amparam-se em programas de orientação religiosa, moral e de culpabilização, fator que pressupõe que a dependência é uma doença incurável, de cunho unicamente individual, de forma a considerar que, um ser superior deve ser

amparo para mudança de comportamentos e retorno à uma sanidade anteriormente perdida¹⁶².

Sob esta perspectiva, a recuperação do usuário de drogas, visa reconstituir habilidades, valores considerados moralmente saudáveis, salvar a saúde e transformar estilos de vida. Logo, fica nítido que tal propositura, anseia controlar, higienizar e assegurar uma sociedade livre das drogas. Demarca-se pois, os imperativos: do proibicionismo e subalternização do outro, além de que, se desrespeita o conceito de Estado Laico, já que há a imposição de determinadas crenças religiosas¹⁶².

Cabe lembrar, que as internações em Comunidades Terapêuticas podem ser altamente produtoras de lucro, principalmente para organizações regidas por igrejas com interesses escusos. Fato que impõe mencionar que, interesses de mercado, relacionados à indústria da loucura, foram parte do processo histórico que lucrou e lucra com o confinamento das pessoas, assim como, ganha com a extrema patologização e medicalização da vida¹⁶⁴.

Vale recordar também, que ocasionalmente diferentes órgãos inspecionam Comunidades Terapêuticas, constatando a existência de violações de direitos, como trabalho forçado, restrição alimentar e outras práticas diversas de violência¹⁶⁵.

No que se refere a alteração da quantidade de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS ou ESF, estabelecido por meio de novas propostas, Cruz et al.¹⁶⁶ afirmam:

Uma Estratégia Saúde da Família (ESF) funcionando praticamente sem agentes comunitários de saúde (ACSs) e sem a lógica do matriciamento prejudica diretamente a possibilidade de um cuidado de base comunitária. Os fluxos, tanto de atendimentos como de formação continuada, entre as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e a ESF são fundamentais para a integralidade do cuidado. Uma RAPS sem apoio da ESF corre o risco de ser muito pouco presente nas ações territoriais e de se aproximar mais do modelo pautado em ambulatórios especializados. (Cruz et al.¹⁶⁶).

Portanto, o desmonte e a contrarreforma, dizem respeito às iniciativas que intencionam retroceder, revertendo os avanços alcançados na Reforma Psiquiátrica, com vistas a retornar às práticas manicomiais, dado que, possuem premissas contrárias e ferem a atenção psicossocial, incluindo a anulação de processos de democratização e a participação social nas decisões¹⁶⁴. Trata-se de propostas

reducionistas, que tendem a negar que muitos sofrimentos psíquicos comuns, bem como, aqueles que têm aumentado em incidência (como por exemplo, os comportamentos suicidas), refletem o grave mal-estar da sociedade e demarcam intensamente a ausência de trabalho, a ruim qualidade de vida, as intolerâncias, violência, entre outros fatores que atendem a políticas de austeridade¹⁶⁷.

Evidentemente, as práticas concernentes a atenção psicossocial não podem se sustentar em aspectos tradicionais, hegemônicos da lógica manicomial, que inclusive se deve superar, e sim, necessitam propor novos saberes e fazeres, consonantes as transformações a qual a reforma indica, buscando desdobramentos radicais¹⁵⁷.

Assim, observa-se então instaurado concretamente (não mais de forma mascarada) uma disputa entre o paradigma hospitalocêntrico e medicalizador versus o paradigma psicossocial. Entretanto, os serviços de base comunitários já experienciam consequências desta nova política, que conforme apontado no item 2.3, houve drástica queda na implementação de CAPS, com praticamente estagnação nos períodos demarcados.

Outros efeitos das transformações políticas na prática cotidiana do CAPS, pode ser também o agravamento do sucateamento, pelo desfinanciamento de serviços e projetos que sustentam a Reforma Psiquiátrica.

Pela radicalidade que se preza pelas propostas da Atenção Psicossocial, não se enquadra um modelo intermediário, mesclando ideais de modelos. Cabe a vigorosa luta em defesa de propostas humanizadas e que assegurem direitos. Entretanto, construir o modelo de atenção psicossocial não é uma tarefa simples, conforme Nunes et al.¹⁶⁴, trata-se de uma proposta que:

Sofre permanentemente rejeições e ataques, cuja capacidade de desestabilização e desestruturação das suas ações depende de inúmeras variáveis socio-históricas, culturais e políticas. (Nunes et al.¹⁶⁴).

Ou seja, há dois projetos concorrentes, em consonância com Passos et al.¹⁶³, um progressista, que busca a anulação do modelo manicomial e suas sustentações e outro composto por psiquiatras tradicionais e aqueles de características conservadoras que apoiam o retorno de hospitais psiquiátricos e a centralidade de tratamentos médicos.

Tais tensões no campo da Reforma Psiquiátrica, ganham forças em um cenário político conservador e de regressividade de direitos, que operam pela manutenção dos próprios privilégios e defendem um sistema sob a lógica neoliberal, de privatizações, em detrimento de práticas anteriores de governo, marcadas por um projeto neodesenvolvimentista, associado a conquistas sociais e acesso ao consumo por parte da classe trabalhadora¹⁶³.

Inegavelmente desconstruir o manicômio e tudo o que dele enseja, é uma tarefa árdua, de modo que, seus valores permanecem fortemente ebulindo, prestes a emergir. Mascarada ou desnuda, o prospecto manicomial pode suceder mesmo em serviços substitutivos. Sampaio e Junior¹⁶⁸, afirmam que, “muitas vezes, a direção do cuidado nos serviços substitutivos é atravessada por ‘desejos de manicômio’, com práticas de dominação, classificação, opressão e hierarquização do outro em sofrimento. Essa força independe da lógica de tempo-espaço”, fato que requer constantes problematizações e manter a vigilância epistêmica, a fim de garantir processos concretos de desinstitucionalização e sustentação da radicalidade do modelo de atenção psicossocial.

2.3.2 Pandemia de covid-19

Incide sobre toda tendência contrarreformista apresentada, o cenário pandêmico, ou seja, a devastadora disseminação global do Coronavírus SARS-COV-2, comumente conhecido como covid-19.

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde-OMS, declarou o novo coronavírus como emergência de saúde pública de importância internacional¹⁶⁹, sendo este termo definido como: uma ocorrência extraordinária, que impõe riscos para a Saúde Pública em contingente internacional, fato que determina a necessidade de respostas globais coordenadas, principalmente relacionadas a recomendações de medidas de saúde a serem decretadas emergencialmente¹⁷⁰.

No mês de março de 2020, a OMS qualifica a covid-19, como pandemia. Vale evidenciar que, este termo se refere à questões geográficas e não se refere à gravidade da doença, designando apenas que a problemática atinge numerosos

países¹⁶⁹.

O adoecimento causado pelo novo Coronavírus/covid-19, pertence a uma ampla família de vírus que podem causar diferentes condições. Assim, de alta transmissibilidade, pode provocar síndromes respiratórias agudas que variam de casos leves e até assintomáticos, em cerca de 80% dos casos, a situações muito graves. A sua letalidade se dá, em consonância com a idade, condições clínicas de saúde, questões ambientais, sociais e outras¹⁷¹.

Em geral, inicialmente a doença caracteriza-se como uma síndrome gripal (febre, tosse, fadiga, dispneia, dor de garganta, congestão nasal e outros), entretanto, concorre com outros sintomas inespecíficos que podem surgir, como: cefaléia, náusea, perda do olfato, paladar e outras. Há que considerar que, a covid-19 também pode estar ligada a aspectos neurológicos e psíquicos, sendo depressão e ansiedade os mais comuns¹⁷².

A definição de diagnóstico, ocorre conforme a condição epidemiológica de cada momento, conforme exames e histórico e testes. Faz-se imprescindível destacar que a aplicação massiva de testes diagnósticos, na perspectiva de identificar indivíduos infectados, é essencial para a efetividade das demais ações recomendadas para impedimento da transmissão do vírus⁴⁰.

Conforme a OMS, a transmissão ocorre:

(...) Principalmente através de pessoas, tanto sintomáticas quanto assintomáticas, que contagiam outras por contato próximo, seja através de gotículas respiratórias, por contato direto com pessoas infectadas, por contato com objetos e superfícies contaminados, ou por aerossóis, ou seja, em espaços fechados e ambientes internos lotados e inadequadamente ventilados, onde pessoas infectadas passam longos períodos de tempo com outras, os quais podem incluir restaurantes, práticas de coral, aulas de ginástica, boates, escritórios e locais de culto ou durante procedimentos geradores de aerossóis. (OPAS¹⁷²).

Consequentemente, foram indispensáveis medidas diversas e imediatas para parar a transmissão, ofertar tratamento e reduzir impactos em suas diversas dimensões¹⁷².

Imprescindivelmente, a quebra da cadeia de infecção exigiu separar as pessoas, através de isolamentos, quarentenas e distanciamento social⁵³. Conceitualmente,

Isolamento se refere à separação dos infectados ou daqueles que apresentam sintomas característicos da doença, de indivíduos sadios. **Quarentena** significa separar e restringir a movimentação de indivíduos já expostos a situações com potencial de contágio. **Distanciamento social**, por sua vez, consiste em um esforço consciente para reduzir o contato e aumentar a distância física entre pessoas, a fim de diminuir a velocidade de contágio. Em pandemias, o distanciamento social deve ser respeitado, mesmo quando não existe nenhum sintoma aparente e as pessoas não estejam em um grupo de risco. Quando aliado à recomendação de máxima permanência em casa, de forma a realizar apenas saídas essenciais e evitar locais públicos ou aglomerações, o distanciamento social ganha o nome de **abrigo no lugar**. (Noal et al.⁵³).

Todas as medidas de separação física citadas acima, cujo mote era: “fica em casa, se puder” deveriam estar associadas a ações de boas práticas com água, e higiene, em que, a orientação principal para a população foi: fazer a lavagem das mãos com sabão e água limpa ou preparações alcoólicas a serem aplicadas e mantidas regularmente⁷⁴, uma vez que, a transmissão do vírus se dá por meio do contato entre mãos infectadas que tocam mucosas¹⁸.

O uso universal de máscaras continuamente pela população, do mesmo modo, mesmo que de tecido, passou a ser exigência para circulações cotidianas, sendo estas, consideradas barreiras importantes para favorecer a minimização da disseminação da infecção²⁷.

Outra medida imprescindível recomendada pela OMS, foi a produção ou aquisição imediata de vacinas, para a promoção rápida de vacinação da população, de maneira maciça, já que tratava-se de medida mais custo-efetiva para controlar a pandemia e conseqüentemente proteger o SUS, diminuir a morbidade e mortalidade e restringir a transmissão²⁸.

Medida esta, capaz de diminuir os efeitos da pandemia, na saúde, na economia e na sociedade no âmbito geral. Deste modo, os países deveriam antecipadamente planejar-se para inserir as vacinas e propor planos vacinais. Para tanto, orientações sobre possíveis planos de vacinação foram divulgadas pelas OPAS²⁸.

Todavia, conforme previsto pela OPAS²⁸, haveria desafios a serem superados para começar a preparar a infraestrutura para introdução da vacina, como: acesso adequado e suficientes as vacinas, estruturação logística, estabelecimento de grupos prioritários, definição de quantidade de doses suficientes para atingir a eficiência, eficácia e segurança das vacinas, entre outras.

Garantir a vacinação da população usando planos táticos e estabelecer maneiras de desenvolver a conscientização da população, acerca da importância da vacina, foram recomendações realizadas, visando gerar confiança na população sobre a vacinação. Especificamente, sobre os serviços de saúde, é imprescindível evidenciar, que estes foram a base fundamental para o contexto da pandemia.

De modo geral, as principais estratégias para responder a crise, concernente a assistência em saúde, referiram-se: ao cuidado hospitalar de casos graves, assistência nas redes de atenção, que deveriam abarcar casos graves, mas, também os não graves e para este último, realizar: ações de aconselhamento, orientação, acompanhamento efetivo da multiplicidade de outras situações de saúde, além do exercício do acompanhamento longitudinal no território⁵⁹.

Equilibrar as demandas da resposta direta à pandemia, associadas à necessidade de manter a prestação de outros serviços essenciais de saúde, apresentou-se como realidade para todos os serviços de saúde. De maneira, que estabeleceu-se fluxos de pacientes, incluindo triagem e encaminhamento direcionado em todos os níveis. Em geral, todos os serviços tiveram que se adaptar ao contexto pandêmico em evolução²⁹, inclusive os profissionais de saúde.

Considerando a imprescindibilidade, da orientação para a conduta dos profissionais de saúde, a ANVISA⁴³, estabeleceu uma nota técnica, publicada em fevereiro de 2021, contendo recomendações gerais a serem executadas, conforme quadro 5, abaixo. Entretanto, ficou a critério dos serviços seguirem ou adotarem ações mais rigorosas e considerarem suas necessidades caso a caso.

De maneira geral, as medidas a serem tomadas, foram referentes a: uso correto de máscaras, obrigatório nas unidades, em que todos os trabalhadores da saúde e cuidadores, deveriam usar conforme especificação de seus ambientes de trabalho, higienização das mãos, reorganização das unidades de atendimentos (de modo a assegurar atendimento em ambientes abertos e ventilados, etc.), realização de triagens rápida dos pacientes na entrada dos serviços, definição de outros fluxos na rede, disponibilização de informações visuais, contendo principais sintomas, como fazer a higienização, uso de máscaras e outras, fornecer suprimentos, insumos, medicamentos e materiais necessários, capacitar e orientar as equipes de saúde, evitar uso compartilhado de materiais, desinfetar produtos e equipamentos, uso obrigatório de equipamentos de segurança-EPI para profissionais, restringir profissionais de saúde com sintomas nos serviços, tratar adequadamente resíduos

sólidos, estabelecer cuidado específico com os corpos após a morte⁴³.

Segundo as especificidades dos serviços, se estabeleceu orientações e objetivos gerais, para cada um na pandemia. Considerando as premissas deste trabalho, segue no quadro 5x, as principais diretrizes a serem desenvolvidas pelos Serviços da Atenção Básica, CAPS, e em Unidade de Urgência e Emergência. Vale destacar que apesar das orientações gerais, ficou a critério de cada município determinar seus planos e estratégias de cuidado na pandemia.

Quadro 5: Diretrizes assistenciais de diferentes serviços na pandemia.

Serviços da Atenção Básica de Saúde	Serviços de Urgência e Emergência	Serviços de Saúde Mental
<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer detecção precoce, notificação, atenção, minimização da discriminação; - Propor ações de suporte, isolamentos domiciliar, acompanhamento; - Estabelecer diferentes formas de suporte entre pares e apoio mútuo; - Elaborar planos de respostas psicossociais, com propósitos de curto, médio e longo prazo. - Identificar imediatamente portadores de Síndrome Gripal e fazer estratificação de riscos e gravidade; - Para casos leves: conduzir manejos terapêuticos e isolamento no domicílio se for preciso. - Para casos graves: verificar a possibilidade de estabilizar, encaminhar para serviços de referência; - Monitorar os pacientes; - Estabelecer medidas preventivas; - Implementar ações de contenção da contaminação para evitar contágio; - Priorizar atendimento a idosos, devido a letalidade, bem como, para pessoas com problemas crônicos, gestantes, puérperas; - Fazer triagens e direcionar cuidado; - Estabelecer protocolos, diretrizes e fluxos; - Suspender atendimentos odontológicos eletivos; - Vacinar toda população com todas as doses necessárias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar quadros e encaminhar se necessário para unidades de referência; - Utilizar os protocolos habituais de classificação de Risco para direcionar o fluxo; - Organização e instituição de fluxos de saída (óbito, transferência e alta hospitalar); - Seguir demais protocolos de procedimentos indicados para cada situação; - Monitorar pacientes com suspeita ou diagnóstico de covid, conforme diretrizes; - Desenvolver políticas e mecanismos para detectar profissionais sintomáticos e assim, antecipar medidas protetoras e de redução de exposição de outros profissionais. - Controlar e mitigar riscos para profissionais, incluindo: avaliação de sobrecarga de trabalho, horas de atuação, fadiga, privação de sono, fome, doenças, estresse, entre outros, bem como: condições de trabalho (acesso a EPI, ambiente e segurança) e saúde psíquica do profissional (presença de quadro de estresse, ansiedade, frustração, insegurança, medo, entre outros); - Executar procedimentos básicos, como: acolhimento; - Encaminhar para condutas cabíveis (leito, sala laranja/vermelha, UTI referência). - Manter protocolos de atenção para demais problemas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver ações (on-line ou presencial) nos Centros de Atenção Psicossociais; - Elaborar planos de respostas psicossociais, com propósitos de curto, médio e longo prazo; - Promover manejo de situações de crise, acolher, fazer escuta e usar dispositivos possíveis; - Monitorar casos; - Estabelecer PTS, utilizando estratégias diversas e inventivas; - Priorizar ações remotas; - Suspender ações coletivas;

Fonte: Brasil¹⁷¹, ABRAMEDE³², Noal⁵³.

Inicialmente, tanto a OMS, Ministério da Saúde, Fiocruz e outras iniciativas, disponibilizaram cartilhas, informes, recomendações, guias, notas, relatórios e orientações, quanto ao enfrentamento da covid-19, principalmente no que diz respeito, a tratamentos, diagnósticos, pesquisas, comunicação, atenção e apoio a populações vulnerabilizadas, entretanto, evidenciava-se que a priori as intervenções eram variáveis, refletindo a incerteza em grande escala e somente no transcorrer do processo ações e diretrizes foram se constituindo⁵³.

A luz dos desencontros de informações e incertezas, vale destacar que, inicialmente havia restrição de informações sobre a doença e os serviços de saúde não estavam preparados em nenhum aspecto, para manejar tais situações. Neste ensejo, instituiu-se decretos e proposições de leis federais, estaduais e municipais, que tentavam concretizar uma nova ordem. Entretanto, em virtude das significativas discrepâncias em todos os âmbitos (econômicas, sociais, culturais e outras) deste país, seria crucial políticas públicas concretas associadas a ações efetivas a nível federal³⁰.

Neste ponto, incumbe fazer um adendo, sobre questões específicas do financiamento de políticas de saúde nesta ocasião, uma vez que estas fazem parte do fatídico histórico da pandemia de covid-19, em que, Machado⁶¹, observa que, da perspectiva jurídica, há uma hierarquia entre os diferentes níveis de gestão, fazendo com que se prevaleça as decisões e políticas federais. Todavia, a pandemia exigia uma ação coordenada entre os diferentes níveis de gestão, cuja articulação central caberia ao nível federal, que teria a responsabilidade de estabelecer medidas não farmacológicas, como: controle de fronteiras e rodovias federais, suspensão das atividades públicas, exigência de uso de máscaras e equipamentos de proteção, assim como, medidas farmacêuticas, entre outras.

Entretanto, houve uma relação complexa entre Estados e União, fazendo com que o Supremo Tribunal de Justiça-STF, decidisse que os Estados teriam competência para delimitar protocolos, desde que embasados por critérios técnicos e científicos em detrimento de instâncias federais. Este embate resultou em uma diversidade de respostas e diretrizes de ação³⁰.

Nesta conjuntura, universidades, fundações, Comitês, Organizações e instituições afins, desempenharam um papel essencial no aporte à sociedade civil e governos locais para reduzir efeitos negativos da pandemia³¹. Contexto este, em que, por exemplo, as universidades desenvolveram várias iniciativas para manejar

questões da pandemia, como: produção de materiais de proteção individual, disponibilização de leitos, participação em gabinetes de crise junto a governos, formação de redes solidárias para doações diversas. Vale também, evidenciar o excepcional empenho de fundações, como o da Fiocruz, que desenvolveu diversos projetos de apoio, cursos, campanhas, pesquisa, produção de informação e conhecimento, produção de vacinas e tantas outras ações³¹.

A pandemia de covid-19, possuiu diferentes momentos, sobretudo de desinformação, associada à luta pela obtenção de materiais, insumos e equipamentos e posteriormente a busca incessante pela vacina ou pelos insumos para fabricá-la, em seguida os desesperos pela vacinação e gradativamente ensejos por uma normalidade até então desconhecida.

Comprometimento de vidas, mortes, vulnerabilidades mais fragilizadas, precariedade e crises econômicas, carência de infraestrutura nos serviços de saúde, falta de recursos públicos para saúde, quantidade insuficiente de profissionais e tantas outras consequências drásticas, se viu escancarar no contexto do coronavírus. Conforme aponta Valentin et al.³¹,

Na maioria de seus países faltam recursos públicos para prover serviços de saúde ao conjunto da população, há carência de infraestrutura hospitalar, há menos médicos e profissionais da saúde que o necessário. Não existe capacidade tecnológica para combater rapidamente novos vírus. Grande parte dos trabalhadores vive na informalidade, em atividades precarizadas e mal remuneradas. A maioria das pessoas moram mal, em casas pequenas e abarrotadas. Não há condições objetivas para que milhões de pessoas façam o isolamento social. A desigualdade social é profunda, e se expressa nas mais variadas dimensões, atravessada por recortes de classe, gênero, etnia, faixa etária etc. A pandemia, para além de todos os prejuízos humanos que trouxe, escancarou um dos traços mais antigos e marcantes da região: a desigualdade. (Valentin et al.³¹).

Assim, evidentemente se observa, que os resultados para populações vulneráveis, foram ainda piores. Em um país, onde há elevados índices de trabalho informal, é inviável manter por longo período medidas de isolamento social, já que seria a quarentena em detrimento do sustento e custeio de despesas básicas da vida. Associado a este fator, constata-se que, muitas pessoas vivem em condições precárias de moradia, muitas vezes sem água potável até para beber, com ausência de saneamento básico, numerosas famílias residindo em casas geralmente pequenas ou em cômodos únicos. Cenário este agravado, ao se considerar que normalmente estes, fazem uso de transporte público, com condições pouco ideais,

seja em ônibus, metrô e trens, conhecidos pelas debilidades e superlotações³¹.

As situações de pobreza se alastraram na pandemia, sobretudo para aqueles já a margem, culminando em situações de extrema pobreza para alguns. De acordo com Iglecias¹⁷³: “Como sempre, as mazelas eram maiores nas áreas rurais, entre indígenas e negros, entre crianças e mulheres e na população com menor escolaridade”¹⁷³ e acrescenta-se, populações em situações de rua, populações privadas de liberdade, pessoas migrantes, refugiadas, solicitantes de refúgio e apátridas⁵³.

Apresentou-se como parte do cenário sanitário dramático da pandemia, o aumento do desemprego (em uma população que já não tinha trabalho antes da pandemia), associado ao menor índice de crescimento econômico visto desde 1950, ocorrências que consumaram a crescente imersão em subempregos, falências de empresas e fome. Itens que, combinados, propiciaram um ambiente próprio para a disseminação do vírus, agravamento da desigualdade social, precário contexto de vida e conseqüentemente problemas nas condições de saúde, saúde mental¹⁷³.

Aqui interessa discorrer sobre aspectos conceituais de saúde, em que por definição, saúde não é somente não ter doenças, mas envolve uma ampla gama de relações. Em consonância com Vianna⁷⁰, saúde significa, fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, isto é, não se trata simplesmente da associação de condições orgânicas e sociais individuais, isoladas, mas sim, refere-se a “expressão de um processo social mais amplo, que resulta de uma complexa trama de fatores e relações, representados por determinantes do fenômeno nos vários níveis de análise”⁷⁰, podendo ser: família, país, continente, estilo de vida, rede, habitação, educação e outros.

Por conseguinte, evidencia-se o estabelecimento de determinações sociais nos processos de saúde-doença, principalmente condizentes à aspectos econômicos, sociais, raciais e outros que podem resultar na ocorrência de agravos de saúde e outros fatores de risco na população⁷⁰.

Logo, nos processos de adoecimento, segundo Vianna⁷⁰, há que se considerar:

- Condições socioeconômicas, culturais gerais: incidindo sobre isso, evoluções demográficas, aumento da população, mortalidade, distribuição de renda, desigualdades, escolaridade, entre outras.

- Condições de vida, ambiente e trabalho, incluindo possibilidade de alimentar-se, habitação, saneamento, acesso a informações e serviços, entre outros.
- Redes sociais, comunitárias e saúde;
- Comportamentos, estilos de vida e saúde, incluindo condutas e hábitos;

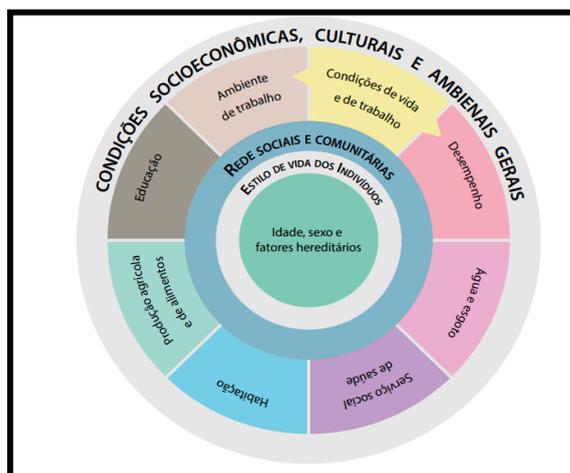


Figura 4: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead¹⁷⁴.

De acordo com Ceballos¹⁷⁴, enquanto consequências em cada esfera citada, tem-se a possibilidade de menor expectativa de vida, acometimento por quadros de ansiedade, preocupações excessivas, dificuldade para enfrentar problemas, imersão em situações de estresse constante, exposição a doenças e morte prematura, entre outras¹⁷⁴.

Deste modo, no ensejo pandêmico, estabelecer medidas de proteção para a população, para além do âmbito da saúde, mas também no que concerne à garantia de direitos, necessariamente seria fundamental. Aquino et al.⁴⁰, ressalta que, a sustentabilidade e efetividade de propostas de distanciamento e das outras adotadas, dependeriam da implementação de políticas de proteção e aporte comunitário para situações de vulnerabilidade.

Apesar do oferecimento de auxílios por parte do governo, para pessoas de baixa renda, ou que perderam seus empregos, tal medida se apresentou ineficiente para evitar o aumento da pobreza e da fome¹⁷³.

Igualmente, é de fundamental importância discorrer sobre os impactos psicológicos provocados por situações de emergência sanitária, visto que, podem deteriorar além da saúde de modo geral, também o bem-estar e ocasionar sofrimentos mentais diversos⁷⁹.

Apesar do distanciamento social ser uma ferramenta essencial para frear a pandemia, tal medida também é desagradável e produtora de adoecimento, devido a conseqüente separação das pessoas, liberdade restrita, entre outros fatores que geram efeitos desfavoráveis sobre o estado emocional⁷⁷.

Imprescindivelmente é preciso reconhecer que pessoas em sofrimento psíquico, comumente enfrentam restrições ou negações no exercício de seus direitos⁹⁹, de modo a, encontrarem dificuldades e barreiras para acessar serviços de saúde, educação e trabalho, além de que, enfrentam estigmas, discriminação, exclusão, violência e abuso, entre outros. Entretanto, vale destacar também, que pessoas que têm seus direitos violados, estão mais suscetíveis a apresentar abalos emocionais e adoecimentos psíquicos, o que conseqüentemente leva a diminuição de recursos, aumento da marginalização e fragilização da cidadania¹⁷⁵.

Deste modo, como pontuado pelo Comitê Permanente Interagências⁷⁹, medidas preventivas, quanto aos impactos psicológicos precisariam ser determinadas. Contudo, como já mencionado, a condição de adoecimento em seus diferentes âmbitos (incluindo os de saúde mental), está relacionado com os determinantes sociais, assim, as intervenções propostas, substancialmente precisam provir da garantia de direitos. Nesta perspectiva, conforme IASC⁷⁹, as ações interventivas, devem objetivar apoiar as diversas necessidades das pessoas, prescindindo de:

- Serviços básicos e segurança;
- Apoio à comunidade e às famílias;
- Apoio com ênfase para aqueles com necessidade de cuidado específico por equipes de saúde;
- Contar com serviços especializados, para aqueles com limitações funcionais significativas, advindas das situações de sofrimento. Assim, a atenção deve incluir acompanhamento psicológico ou psiquiátrico para transtornos mentais graves a serem realizados em serviços de atenção básica e se necessário em serviços especializados.

A figura 5, apresenta esquematicamente a forma de organização dos preceitos apresentados acima, em que, primeiramente é preciso investir largamente em ações de promoção de boas práticas comunitárias, seguidamente promover

ativação de redes sociais e somente se tais estratégias forem inefetivas, buscar apoios especializados.

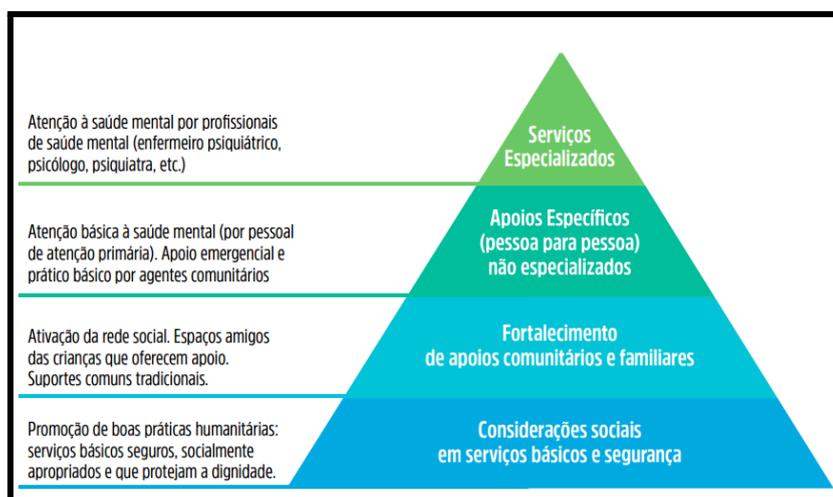


Figura 5: Pirâmide de estratégias de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial⁷⁹.

Pensando também, na imprescindibilidade de ações preventivas contra impactos psicossociais da pandemia, a Fiocruz⁵³, disponibilizou uma cartilha somente para gestores de serviços de saúde, objetivando fornecer orientações para atuação em cada fase da pandemia, conforme quadro 6:

Quadro 6: Principais recomendações acerca de intervenções psicossociais para gestores.

Recomendações Psicossociais para gestores
<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilizar informações educativas, capacitar a equipe, promover ações preventivas para toda a população; - Desenvolver ações psicossociais, concernentes a mapeamento de atores sociais para a promoção de ações em rede, organização da rede, formação das equipes para suporte de trabalhadores e pacientes, - Realizar avaliação das necessidades psicossociais da população, identificando os sofrimentos psicossociais agudos mais recorrentes. -Garantir suprimento de necessidades básicas: renda, comida, moradia, água potável, higiene, etc. -Promover dignidade e subsistência. - Realizar primeiros cuidados psicológicos, para os impactados diretamente; - Assegurar atenção psicossocial; - Monitorar riscos psicológicos dos acometidos; - Assegurar ações de Saúde Mental para trabalhadores; - Propagar projetos que promovam a vida;

Fonte: Noal⁵³

Vale evidenciar, que a promoção dos primeiros cuidados psicológicos para a população, seria uma estratégia essencial a ser utilizada junto à população (conforme etapas de execução descrita no quadro 8), em que por definição, é uma ferramenta destinada a ajudar pessoas em risco, para que possam mudar seus sentimentos, ficando mais calmas, seguras, tranquilas e apoiadas, instrumentalizando-as para melhor manejo de seus desafios, melhor dizendo, trata-se de uma intervenção capaz de ajudar a normalizar as reações advindas das situações caóticas de emergências sanitárias, que podem ser aplicadas por profissionais, além de que podem ser adaptadas⁸⁰.

2.3.3 Pandemônio

Preliminarmente, interessa informar, que o termo “Pandemônio” está sendo usado conforme referência de Duarte³⁵, que recorre a esta expressão para: descrever metaforicamente a terrível situação política e econômica da população em meio à pandemia, bem como, as constantes ameaças à democracia brasileira³⁵. A vista disso, brevemente se discorrerá sobre os principais aspectos que tornaram a pandemia um pandemônio.

Considerando todos os prejuízos em diferentes âmbitos da vida e da sociedade, ocasionados pela covid-19 (número de mortos, consequências sociais e econômicas pelo avanço e mutações do vírus, agravos psíquicos, comorbidades ou outros danos), exigia-se planejamentos robustos do governo, bem como, diretrizes concretas, já que, se compreendia que as políticas públicas governamentais, acarretariam impactos diretos na experiência das pessoas e na estruturação do país.

Entretanto, o Brasil viveu períodos conturbados, desde a surpreendente chegada do desconhecido vírus, com lentidão na aplicação de medidas sanitárias contundentes para evitar a disseminação da doença, até o negacionismo do principal mandatário do país em relação à enfermidade.

Conforme destacado em várias publicações jornalísticas, o presidente da república manteve posições públicas, durante todo o transcorrer da pandemia, minimizando ou contrariando recomendações, fato evidenciado por Iglecias¹⁷³:

O presidente da República, que no primeiro semestre de 2020 contava com altos índices de popularidade, fez diversas declarações públicas minimizando os riscos à saúde representados pela pandemia e combateu medidas de lockdowns chamando atenção para seus impactos na economia. Indispôs-se com governadores e prefeitos, membros do Poder Judiciário, desautorizou a imprensa e estimulou a sociedade a seguir vida normal, mesmo em meio ao rápido avanço de contaminações e falecimentos. (Iglecias¹⁷³).

Expõe-se que não houve orientações evidentes e coerentes partindo do governo federal, de forma que em geral, as orientações partiram de governadores e prefeitos, que escolheram entre seguir as determinações do Estado ou agir de forma independente, conforme determinação do SRT, fato que aprofundou ainda mais a crise política⁶¹.

Há que se considerar, que estados e municípios possuem intensas desigualdades econômicas e sociais, bem como, diferentes capacidades, fato que justifica a diversidade de estratégias adotadas, de maneira descoordenada e desiguais. Ocorrência que revela o quanto o governo federal não promoveu a coordenação federativa extraordinária necessária e, para piorar, ainda tentou restringir o aumento de gastos sociais como reação à crise sanitária³¹.

Vivenciou-se na pandemia o negacionismo científico por parte do presidente da república, que repetidamente afirmava se tratar de uma “gripezinha” um “resfriadinho”, minimizando e até negando a gravidade da situação. Além de que, criticava as medidas para promover o isolamento, rejeitava máscaras publicamente e por vezes defendeu o kit covid. Kit este composto por diferentes medicamentos (sulfato de hidroxicroquina, azitromicina e o vermífugo ivermectina), a serem utilizados como suposta forma de tratamento precoce.

Verifica-se que tais medicamentos nunca tiveram respaldo científico que comprovasse sua eficiência no combate ao coronavírus e apesar do presidente ter sido proibido de disseminar incentivo para o uso de tais medicamentos, propagandas permaneceram sendo realizadas⁶¹.

Isto posto, o negacionismo, associado a resistência cultural e disputas governamentais, culminaram em ações fracassadas, no que se refere ao estabelecimento de medidas de isolamento social, quarentena, restrição do funcionamento do comércio e outras.

Dentre as necessidades da população (alimentos, emprego, moradia e outros) a serem providas, havia também a necessidade de investimento nos serviços

de saúde. Em virtude de que, todo o sistema de saúde seria convocado a prestar diferentes tipos de assistência.

Entretanto, a capacidade de um sistema de manter serviços essenciais de atenção, depende da carga inicial da doença, do contexto local e investimentos. Neste sentido, em consonância com Aquino et al.⁴⁰, observa-se que,

O Brasil apresenta marcantes desigualdades sociais e regionais na distribuição e no acesso aos serviços de saúde, especialmente àqueles de maior complexidade, sabemos que nem todas as pessoas que necessitarem de atenção à saúde serão atendidas. Dessa forma, poderemos ver o colapso não só dos serviços hospitalares, mas de toda a rede de atenção. (Aquino et al.⁴⁰).

Verdadeiramente, determinadas localidades no Brasil, sofreram colapso sanitário e principalmente hospitalar, com ausência de leitos, falta de insumos e EPIs, restrição de profissionais e outros. Constata-se que o Brasil, não possuía um sistema de saúde público satisfatório, para responder a uma pandemia, visto que, por falta de investimento, as condições dos atendimentos já estavam prejudicadas antes do coronavírus, o que culminou em extremo caos⁶¹.

Pela postura negacionista do presidente, associada a disputas do mesmo travadas com governadores, ou pelas graves falhas de coordenação gerencial, experienciou-se adversidades em diferentes âmbitos, inclusive no que se refere à vacinação.

Sobre este aspecto, evidencia-se que a morosidade para adquirir e aplicar as primeiras doses de vacina, ocasionaram atrasos no ritmo de vacinação no país, o que facultou na explosão de contaminações e consequentes mortes¹⁷³.

Ações inexistentes, tardias, insuficientes do poder público nacional, também foram evidenciadas, no que concerne a baixa testagem de possíveis infectados, em que, a restrição de testes (apenas para pessoas com sintomas claros), gerou o insuficiente rastreamento de contaminados⁶¹ e possíveis condutas precoces.

O Ministério da Saúde aprisionado ao presidente negacionista, foi incapaz de atender aos governadores e a sociedade, de forma que constantes mudanças de ministros e equipes aconteciam, em meio ao caos instalado⁶¹.

Incide sob tudo isso, a confusão da comunicação, na qual, a população não recebia informações concretas sobre a pandemia, formas de contenções, quantidade de contaminados, índice de mortes e outras, pelo contrário, inundava-se

a população em fake news (notícias falsas, propositalmente destinadas a enganar, para atingir um objetivo nem sempre claro), boicotes e ocultação de dados⁶¹. Neste contexto, somente em 08 de Junho de 2020, se criou um consórcio jornalístico, para oferecer reais informações e conhecimento para a população⁶¹.

Aqui é importante evidenciar, que para um Estado disciplinar, a verdade está atrelada ao nível de poder, de modo, que falas do representante maior do poder executivo, repercutia em todos os âmbitos da sociedade, inclusive em relações diplomáticas com outros países. Este poder, associado a inverdades de uma possível teoria da conspiração, ganhou força por distintas razões (crenças, ideologias, preconceitos, etc.) junto à população, disseminando assim movimentos anti-vacinas, anti-ciências, racismo entre outros. Esta disputa forjada de narrativas, nada mais foi, do que uma das formas de manipulação e de busca de poder³⁸.

No que concerne às ações de combate à pobreza e suas relações com a pandemia, houve a mobilização de organizações, bem como, de alguns partidos políticos, para criação de programas para promover renda, porém insuficientes para evitar o agravamento de situações econômicas¹⁷³.

Conjuntura esta, que exigiria políticas específicas para proteger as populações vulnerabilizadas, entretanto, se assistiu o contrário, permitiu-se que as dificuldades eclodissem, para somente aí, pleitear o auxílio emergencial federal⁵⁹.

Apesar de instituições afins e universidades, terem fundamentalmente atuado como amparo estatal na pandemia, verificou-se iniciativas do Governo Federal para enfraquecimento e desmonte desses espaços, principalmente por meio do estabelecimento de políticas de desfinanciamento de projetos científicos, bolsas de estudos e outros.

Portanto, demonstra-se que no Brasil, as intervenções contra a pandemia, resultaram num estrondoso fracasso, no qual este breve resumo explicitado, apresenta a incapacidade do governo em desenhar políticas eficazes para o enfrentamento da covid-19. As ocorrências vivenciadas contribuíram para a piora da crise econômica, bem como, favoreceram o aumento de óbitos³¹.

O desgoverno e o total desamparo de estratégias políticas, contribuíram para a disseminação do vírus no Brasil. Deste modo, evidencia-se que muitas mortes poderiam ter sido evitadas se estratégias imediatas tivessem sido adotadas. Tais ausências configuram-se como violações e mortificação da população brasileira, que resultou em um panorama propositalmente catastrófico e genocida, que

intencionalmente almejava destruir concepções e estruturações políticas de bem estar social.

Frente ao contexto apresentado, esta pesquisa destina-se a compreender como a pandemia e as modificações nas políticas públicas, conforme apresentado, incidiram na assistência prestada às pessoas com grave sofrimento psíquico atendidas por diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossociais-CAPS, a partir da compreensão dos profissionais atuantes nestes serviços. No que diz respeito a objetivo específico se busca, identificar as mudanças ocorridas nos dispositivos de cuidado usados pelos Serviços de Saúde Mental, compreendendo o modelo assistencial desenvolvido.

3. Metodologia

Partindo de premissas da pesquisa social, evidencia-se que este estudo possui caráter exploratório qualitativo, em que a coleta de dados se deu, através da realização de grupos focais com trabalhadores de diferentes modalidades de CAPS, exceto CAPS infantojuvenil, dos municípios de Campinas, Hortolândia, Paulínia e Sumaré. Concomitantemente principiou-se o processo de análise dos dados, em conformidade com preceitos da abordagem hermenêutica dialética¹⁸².

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Enquanto Terapeuta Ocupacional, atuante nos serviços públicos de Saúde Mental há aproximadamente 10 anos e militante das propostas da Reforma Psiquiátrica, foi possível construir uma trajetória em diferentes tipos de CAPS, que culminaram há 4 anos, em uma atuação na gestão do Departamento de Saúde Mental do município de Hortolândia. Como atribuição da função, é postulado a construção de processos e estruturação de um modelo de assistência em saúde, para pessoas em sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas e conforme escolha ético-técnica e política, impreterivelmente sob a perspectiva da Atenção Psicossocial.

Entretanto, a implementação desta lógica de cuidado enfrenta diferentes tensões experienciadas diariamente, para o retorno de internações, seja por parte de familiares, Tribunal de Justiça, políticos ou outros, bem como, as concepções que permeiam o imaginário social da comunidade e dos trabalhadores, de que tratamento efetivo é aquele que tira o indivíduo de circulação, o que impõe rotineiramente a necessidade de iniciativas para construção de rede e a construção de modos de cuidar não tradicionais. Contudo, os desafios são inúmeros e o contexto epidêmico, associado a atos contrarreforma, contribuíram para aprofundar os obstáculos.

Neste ensejo, esta pesquisa foi motivada em momento caótico da pandemia de covid-19, quando os horizontes desesperançosos do SUS, gerava a sensação de impossibilidade para alcançar quaisquer possibilidades criativas para fazer a reabilitação psicossocial, de maneira que conhecer realidades distintas neste contexto, era um mote para defender o SUS e procurar alternativas garantidoras de direitos.

Assim, este estudo insere-se no âmbito profissional, como movimento de compreensão da nova realidade e ferramenta de instrumentalização para construções de práticas qualificadas e humanizadas, pessoal, no sentido de buscar por políticas públicas que disseminem liberdade e igualdade e acadêmica, vislumbrando produzir materiais, para todos interessados e/ou envolvidos que contribuam para a implementação das propostas da Reforma Psiquiátrica.

Por conseguinte, seguiu-se em busca de dados em diferentes serviços, de variadas localidades, sob a compreensão de distintas categorias profissionais, que pudessem expressar o modelo de atenção experienciado, bem como, as consequências da pandemia e das tendências de mudanças políticas na assistência prestada às pessoas com grave sofrimento psíquico atendidas por diferentes tipos de CAPS, conjecturando propagar reflexões e talvez mudanças.

A busca pelos CAPS que pudessem participar da pesquisa iniciou-se em Novembro de 2021, permeada por muitas dificuldades, seja no que concerne a tempo para ouvir a proposta, encontrar possibilidades para organizar a equipe, quantidade insuficiente de profissionais, seja por excessiva demanda de trabalho, e encerrou-se em Agosto de 2022 com participação de profissionais de 4 cidades distintas.

3.2 ASPECTOS TEÓRICOS PESQUISA QUALITATIVA

Trata-se de uma pesquisa social, na perspectiva de que a saúde é um fenômeno social de extrema significância, logo, permeado pelos sentidos e significados que lhe atribuem, a partir de construções historicamente construídas. Neste sentido a Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento e

estabelecimento de práticas, dotada de concepções ampliadas, incorpora-se no âmbito das ciências sociais. Neste sentido, a investigação se dá com seres humanos, que possuem interesses e visões de mundo construídos historicamente (com constructos históricos, culturais, políticos, ideológicos, etc.). Assim, essencialmente este estudo possui natureza qualitativa, pela imprescindibilidade subjetiva. Em outras palavras, em virtude de que, a pesquisa qualitativa opera no universo dos significados, das crenças, valores e atitudes, enquanto parte de uma realidade social, visto que, considera que o ser humano se distingue não só por agir, mas, porque pensa e interpreta o que faz, a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes¹⁷⁶.

Sob o prospecto histórico social, este estudo almeja construir artefatos para a produção, compreensão e indagação sobre uma determinada realidade, se dando no escopo das relações sociais. Logo, o sujeito é parte do processo de conhecimento.

Considera-se neste estudo que o conhecimento vem de práticas locais em dialética (conceitos e práticas), relacionados com conhecimentos já estabelecidos. Deste modo, preza-se pela vertente teórico-metodológica, materialista histórica dialética, na qual se pretende explicar e interpretar dada realidade, buscando apreender a prática empírica dos indivíduos em diferentes realidades, isto é, se busca analisar as expressões humanas presentes nas relações¹⁷⁶.

Desta maneira, diz-se de uma pesquisa engajada na sociedade, portanto, em vários contextos e composta por indivíduos com pensamentos diferentes, contrários, o que promove esta discussão dialética, objetivando explicar, interpretar e propor soluções transformadoras para a realidade concreta.

As práticas empíricas neste contexto, emergiram de grupos focais realizados junto a trabalhadores de diferentes modalidades de CAPS, compondo com bases teóricas documentais para interpretação dos dados.

3.3 ASPECTOS DO CAMPO

A pesquisa foi realizada em diferentes modalidades de CAPS de 4 cidades da Região Metropolitana de Campinas - RMC, precisamente em cidades

que circundam o município de Hortolândia, já que trata-se do local de atuação da pesquisadora e que fazem divisa entre si, assim, participaram: Sumaré, Paulínia, Campinas e Hortolândia.

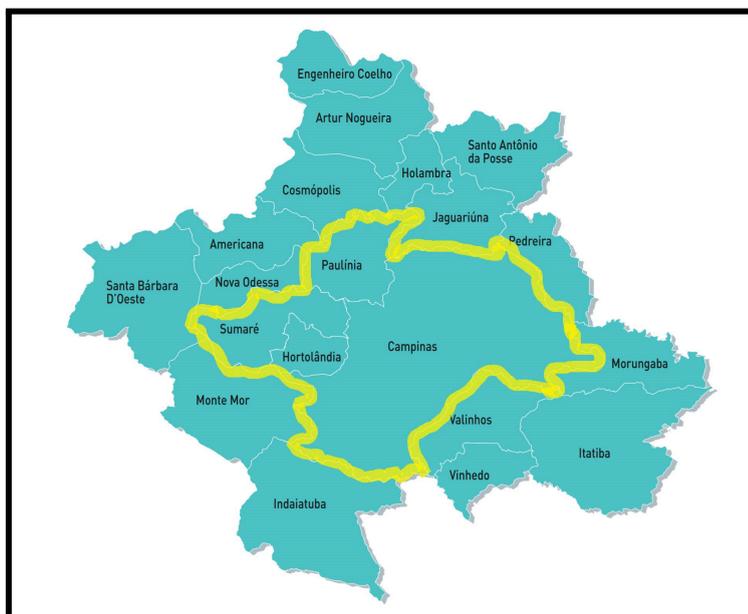


Figura 6: Demarcação das cidades participantes da pesquisa, em mapa da RMS do Governo do Estado de SP¹⁷⁷.

Optou-se por pesquisar cidades que estão ao redor do município de Hortolândia, a fim de construir uma visão geral, acerca do funcionamento de serviços destinados à mesma finalidade, no contexto também comum da pandemia.

As cidades envolvidas se diferenciam muito, no que concerne a estruturação, área, população, PIB, densidade demográfica, fundação, organização e outros aspectos e pertencem a Região Metropolitana de Campinas- RMC.

A RMC, criada pela Lei Complementar Estadual de São Paulo n° 870, de 19 de junho de 2000 possui uma área de 3673 km² e uma população de 3 094 181 habitantes, é integrada por 20 municípios: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Morungaba, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara d'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. Região esta, considerada a segunda maior região metropolitana do Estado de São Paulo em população, gerando 8,92% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual em 2015, caracteriza-se por consolidar importante posição econômica nos níveis estadual e

nacional, já que apresenta alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços¹⁷⁷.

Acerca de aspectos gerais das cidades envolvidas, observa-se:

Quadro 7: Características gerais da RMC.

Cidade	Emancipação	Área Territorial (km ²)	População estimada (pessoas)	IDHM	PIB per capita (R\$)
Hortolândia	1991 (31 anos)	62,416	237.570	0.756	66.378,26
Campinas	1797 (225 anos)	794,57	1.223.237	0.805	53.896,97
Sumaré	1953 (70 anos)	153,465	289.875	0.762	48.044,99
Paulínia	1964 (59 anos)	138,777	114.508	0,795	344.390,47

Fonte: IBGE¹⁷⁸.

Considerando a importância de atuação em rede, conhecer os diferentes serviços existentes na Rede é fundamental, de forma que, segundo consulta em banco de dados do ministério da saúde, os principais serviços que compõem a rede são:

Quadro 8: Serviços que compõem a Rede de atenção:

	Hortolândia* ₁	Campinas* ₂	Sumaré* ₃	Paulínia* ₅
UBS	05	67	02	10
ESF	12	-	22	-
Posto de Saúde	-	03	-	-
CAPS I	-	-	-	-
CAPS II	-	-	01	01
CAPS II AD	01	01	01	01
CAPS IJ	01	04	01	-
CAPS III AD	-	03	-	-
CAPS III	01	06	-	-
NASF	-	-	01	-
Hospital Geral	01	03	-	01
UPA	03	04	02	01
PA	-	01	03	01
SRT	-	20	-	-
Hospital Psiquiátrico	-	-	-	-
Enf. Psiquiátrica	-	-	-	-
Centro Convivência	-	13	-	01
SAMU	Sim	Sim	Sim	-
Amb. Saúde Mental	-	-	-	-

*₁Outros serviços existentes em Hortolândia de administração Pública e/ou que atende SUS: Centro de Especialidades Médicas-CEM, Centro de Reabilitação Física, Centro de Especialidades de Doenças Infectocontagiosas, Centro Especializado na Saúde Integral da Mulher, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro Integrado de Educação e Reabilitação -CIER, Programa de Atendimento Domiciliar- PADO.

*₂Outros serviços existentes em Campinas que atendem o SUS: ADACAMP, Ambulatório de Especialidades médicas, APAE, Pestalozzi, Boldrini, Centro de Atenção à Mulher, Casa das Oficinas, Centro de Referência DST/AIDS, Centro de Reabilitação e outros.

*₃Outros serviços existentes em Sumaré que atendem SUS: Ambulatório de Especialidades, APAE, Associação Pestalozzi, Centro de Longevidade, Centro de Ressocialização, Centro de Especialidades Odontológicas, Clínica Oftalmológica, Centro de Referência de Saúde Sexual e Reprodutiva, Hospital Estadual, Serviço de Atenção Domiciliar.

*₄ Outros serviços existentes em Paulínia de administração Pública e/ou que atende SUS: Ambulatório de Oncologia, APAE, Centro de Especialidades, Centro de Fisioterapia, Centro de Geriatria e Gerontologia, Centro de Ortopedia, Centro Odontológico, Centro de Terapia e Reabilitação Integrada - CENTREN, Serviço de Saúde Mental Infantil e adolescentes e Unidade Móvel terrestre Programa Saúde em Casa. O Município não possui SAMU e sim outra organização que atende demandas emergenciais de forma móvel.

Fonte: CNES¹⁷⁹.

É importante salientar que esta pesquisa realizou um estudo de serviços de Saúde Mental dentro de um recorte regional, em que somente instituições pertencentes a RMC participaram. A RMC pertence ao Grupo 5, conforme a distribuição das regiões segundo os cinco grupos socioeconômicos determinados¹⁹⁰, tratando-se de uma região composta por polos industriais modernos, diversidade de segmentos setoriais, estrutura agrícola e agroindustrial significativa, bem como presença de atividade terciárias expressivas e centros inovadores de pesquisas e tecnologia, caracterizada assim, por alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços¹⁹⁰. Fator que pode diferenciar esta região das demais, no que concerne a desigualdades em saúde, aspectos sociais, econômicas e outras.

A coleta de dados foi realizada em diferentes tipos de CAPS, exceto CAPS infantojuvenis -CAPS ij, de forma que, o estudo ocorreu em 1 CAPS AD e 1 CAPS II de Paulínia, 1 CAPS AD de Sumaré, 1 CAPS III e 1 CAPS AD de Hortolândia e 1 CAPS AD III e 1 CAPS III de Campinas, conforme quadro abaixo:

Quadro 9: CAPS participantes da pesquisa

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS II Ad	CAPS III Ad
Campinas			X		X
Hortolândia			X	X	
Sumaré				X	
Paulínia		X		X	

Fonte:Elaboração da pesquisadora.

Importa apresentar resumidamente as especificidades dos CAPS participantes, em que o CAPS AD de Sumaré, passou a funcionar no final do ano de

2019, está localizado no Portal Bordon, gerido pela Prefeitura Municipal. Trata-se, pois, de um serviço novo que na ocasião da pandemia estava se estruturando. Atualmente funciona em horário comercial em dias da semana. Refere-se a um serviço que também atende adolescentes que fazem uso de risco de substâncias psicoativas.

Já o CAPS AD de Paulínia, conforme explicitado por trabalhadores, está em processo de transformação de ambulatório para CAPS efetivamente. Já que se tratava de um serviço ambulatorial de referência para dependência química, de modo que, após a mudança de prédio ocorrida em setembro de 2020, passou-se a tentar construir processos de trabalho condizentes com o CAPS, entretanto adaptações foram necessárias devido à pandemia. Já o CAPS II Paulínia foi inaugurado em janeiro de 2005, estando estruturado há muito tempo.

O CAPS III álcool e drogas de Campinas, foi o primeiro CAPS III Ad inaugurado na cidade em 29/03/2012. Já o CAPS III da região norte é mais atual.

É importante destacar o papel do Cândido Ferreira na atuação na Saúde Mental de Campinas, que desde de 1917, atendia pessoas com graves transtornos mentais em hospital psiquiátrico, passando a adotar um modelo de tratamento humanizado, desde 1990 na perspectiva da reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial, oferecendo assim novos serviços. De maneira que desde a década de 90 o município de Campinas é referência nacional na reforma psiquiátrica, sendo precursora da implantação das novas estratégias.

Já a cidade de Hortolândia, apesar de ter tido um CAPS II inaugurado no ano de 2007 e um CAPS AD inaugurado em 2009, permaneceu seguindo preceitos ambulatoriais para o cuidado e diante de situações de crise buscava-se internações em hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas conveniadas com a prefeitura. Apenas em 2019, quando foi inaugurado o CAPS III Vida, cessou-se as internações e pautou-se concretamente o cuidado no território.

Optar por diferentes tipos de serviços, justifica-se ao se seguir a premissa de que todos os serviços de saúde mental deveriam seguir preceitos e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, instaurando assim, prerrogativas no âmbito geral da Atenção Psicossocial.

Vale enfatizar, que inicialmente instituiu-se em portaria única (Portaria nº. 336 de 2002¹⁶) o CAPS I, CAPS II, CAPS AD, CAPS III e CAPSij, cuja a função discriminada, regime de tratamento, ofertas de atividades, organização do espaço,

multiprofissionalidade da equipe e outros aspectos configuram-se semelhantemente. Apesar do CAPS AD III, instituir-se no ano de 2012 (Portaria nº. 130¹⁸⁰), permaneceu seguindo os mesmos princípios citados anteriormente. Acontecimentos que evidenciam moldes similares de atenção, por conseguinte caracterizações possíveis de serem avaliadas conjuntamente.

Salienta-se também, que os dispositivos de cuidado a serem desempenhados pelos serviços de saúde, dentro da ótica da clínica ampliada, território, Política de Humanização e outras que constituem o SUS e a Reforma Psiquiátrica, são fundamentos que devem abranger os diferentes tipos de CAPS, e portanto, favorecem o estabelecimento de uma análise geral da dinâmica dos serviços, principalmente no que concerne a identificação do modelo de atenção.

Deste modo, se reconhece que cada modalidade de CAPS apresenta características específicas, principalmente referentes à: organização de processos de trabalho internos, quantidade de profissionais, materiais e insumos utilizados, horário de funcionamento, modos de atender situações de crise e organização, formas distintas de contar com o aporte da rede, diferentes pontos de atenção, disparidade no número de atendidos, entre outros fatores. Entretanto, optou-se por discorrer especificamente acerca de premissas comuns entre os serviços participantes.

Restringir a participação de CAPS IJ, ocorreu devido a compreensão de que, a atenção infantojuvenil apresenta especificidades, por mais que haja premissas globais, o que pode tornar os processos de trabalho e dispositivos particularizados. Além de que, trata-se de faixa etária, cujas leis protetivas evidenciam outras organizações e componentes específicos de garantia de direitos. Importa mencionar, que a luta antimanicomial não focalizou com tanta intensidade a população infantojuvenil, como priorizou adultos manicomializados, de maneira a estar menos ativamente nos constructos da Reforma Psiquiátrica. Fatores estes, que favoreceram a opção por pesquisar serviços de Saúde Mental de atendimento à pessoa adulta.

3.4 CRITÉRIOS PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Salienta-se que estabeleceu-se critérios de inclusão e exclusão, para profissionais e municípios nesta pesquisa. Concernindo em critérios de inclusão:

- Profissionais de diferentes categorias que atuem diretamente em propostas de intervenção em CAPS I, II, III, Ad, Ad III e que tenham disponibilidade para participar.

Enquanto critérios de exclusão da pesquisa, estabeleceu-se:

- Profissionais de CAPS infantojuvenil ou profissionais de outras unidades de atendimento que não CAPS.
- Profissionais que não quiseram participar ou se negaram a cumprir critérios para participação.
- Não atendimento aos critérios de realização dos Grupos Focais.

Neste sentido, destaca-se que no CAPS de Monte Mor, após todas as tratativas para entrada no campo, não foi possível agrupar os profissionais que se encontravam no serviço, para a realização do grupo focal, devido à intensa necessidade de reorganizações emergenciais sucessivas pela demanda da unidade, o que inviabilizou as iniciativas para a efetivação desta cidade na pesquisa, de forma e ser excluída da processo, já que o método escolhido não pode ser aplicado, o que impossibilitaria a comparação de dados coletados.

3.5 ORGANIZAÇÃO DA ENTRADA NO CAMPO.

Somente por meio do trabalho de campo é possível exercer a aproximação da realidade a ser estudada e interagir com os atores que a conformam, no sentido de construir o conhecimento empírico¹⁷⁶.

Importa salientar, que o trabalho a ser realizado neste campo de pesquisa, revela preocupações dos pesquisadores que selecionaram e definiram

operacionalizações baseados em referenciais teóricos e organizações, de modo a coletar e compreender processos¹⁷⁶, posto que:

Esse cuidado é necessário porque o campo da pesquisa social não é transparente e tanto o pesquisador como os seus interlocutores e observados interferem no conhecimento da realidade. Essa interferência faz parte da própria natureza da pesquisa social que nunca é neutra. (Minayo¹⁷⁶).

O instrumento utilizado para coleta de informações foi escolhido com vistas, a assegurar interações e o diálogo, pela oportunidade que a conversa gera, de revelar condições de vida, expressar valores e crenças e, “ao mesmo tempo, transmitir o que o grupo pensa dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor”¹⁷⁶. Portanto, optou-se por utilizar Grupos Focais como ferramenta de obtenção de dados.

A busca pelos CAPS que pudessem participar da pesquisa iniciou-se no mês de Novembro de 2021 e após parecer favorável do Comitê de Ética foram realizados os procedimentos iniciais que consistiam em, fazer contato com o articulador de Saúde Mental da cidade, a fim de apresentar a proposta e obter orientações acerca de como proceder para continuidade e se não houvesse, realizar contato diretamente com o coordenador local. Definida esta etapa, se prosseguia com o cumprimento dos trâmites legais (assinatura da declaração de concordância, apresentação da proposta, entre outros), para posteriormente definir se, a proposta seria apresentada presencialmente para equipe pelo pesquisador, com concomitante convite para participação e determinação data, ou se próprio coordenador apresentaria a proposta, convidando trabalhadores e definindo data possível.

Participaram ao todo 7 serviços de 4 cidades diferentes. No quadro abaixo, será apresentado particularmente como ocorreu os processos iniciais de entrada no campo, através da descrição dos procedimentos realizados, relacionados a: busca de interesse, apresentações, explicação dos propósitos, justificativas e garantia de sigilo e outros.

Quadro 10: Processos iniciais de entrada no campo.

CAPS II Paulínia	Busca inicial realizada diretamente com coordenador local, ocorrida a partir de 25/11/2021 via contato telefônico, visando realizar apresentações iniciais e encaminhamento de documentos (declaração de concordância, modelo de TCLE, resumo do projeto, roteiro do GF e questionário demográfico) via e-mail e diante da manifestação de interesse, prosseguiu-se em agendamentos de datas para que pesquisadora pudesse apresentar a proposta para equipe. Após 3 cancelamentos dos
-----------------------------	--

	agendamentos realizados, devido a quantidade reduzida de profissionais ou situações de emergência no serviço, em 31/05/2022 realizou-se conversa com equipe para apresentação da proposta, identificação de interesse e depois de deixar uma cópia do resumo do projeto e TCLE, definiu-se data para a realização do GF, ocorrido em 07/06/2022.
CAPS II AD Paulínia	Busca inicial realizada diretamente com coordenador local, ocorrida a partir de 25/11/2021 via contato telefônico, visando realizar apresentações iniciais e encaminhamento de documentos (declaração de concordância, modelo de TCLE, resumo do projeto, roteiro do GF e questionário demográfico) via e-mail. Realizada apresentação da proposta para o coordenador em 01/12/2021 presencialmente no CAPS em questão, seguindo-se rito de assinatura de documento de concordância, frente a manifestação de interesse. Em 03/05/2022, procedeu-se na apresentação da proposta para equipe presencialmente pela pesquisadora, com agendamento de data para realização do GF em 10/05/2022, todavia muitos profissionais estavam afastados com covid ou suspeita, agendado então o grupo para 17/05/2022, todavia, devido a intercorrência no serviço, foi reagendado e realizado em 19/05/2022.
CAPS II AD Sumaré	Busca inicial realizada diretamente com coordenador local, via telefone em fevereiro de 2022, após manifestação de interesse e cumprido procedimentos necessários, conforme descrito acima, em 04/04/2022 foi apresentada a proposta presencialmente para a equipe no CAPS em questão e a própria coordenadora organizou a participação da equipe para a realização do GF que ocorreu no dia 17/05/2022.
CAPS III Campinas	Foi necessário encaminhamento para a organização responsável (Candido Ferreira): Projeto de pesquisa (com metodologia detalhada, unidade que pretende para campo de pesquisa e carga horária prevista para execução), Carta de apresentação do professor/orientador em papel timbrado da instituição de ensino e Declaração do pesquisador sobre o compromisso de retorno dos resultados da pesquisa ao Cândido Ferreira em papel timbrado da instituição de ensino. Toda documentação necessária foi encaminhada no final de Abril de 2022 e em 30 dias houve devolutiva favorável e contato dos coordenadores das unidades indicadas pela instituição. Em 04/07/2022 foi realizada a apresentação da proposta para a coordenação do CAPS em questão presencialmente, para posterior realização do grupo focal, que inicialmente seria no dia 08/08/2022, mas não foi possível devido ausência de profissionais, sendo remarcado e realizado em 16/08/2022.
CAPS III AD Campinas	Foi necessário encaminhamento para a organização responsável (Candido Ferreira): Projeto de pesquisa (com metodologia detalhada, unidade que pretende para campo de pesquisa e carga horária prevista para execução), Carta de apresentação do professor/orientador em papel timbrado da instituição de ensino e Declaração do pesquisador sobre o compromisso de retorno dos resultados da pesquisa ao Cândido Ferreira em papel timbrado da instituição de ensino. Toda documentação necessária foi encaminhada no final de Abril de 2022 e em 30 dias houve devolutiva favorável e contato dos coordenadores das unidades indicadas pela instituição. Agendou-se a apresentação da proposta presencialmente no dia 19/07/2022, mas devido a demanda de trabalho foi preciso remarcar para o dia 22/07/2022, entretanto, não foi possível novamente, devido a problemas na unidade, de forma que a proposta foi apresentada por telefone e disponibilizado projeto resumido e demais documentos para que a equipe, para que pudesse avaliar e manifestar interesse, posteriormente o próprio coordenador da unidade organizou o grupo e agendou o GF para 02/08/2022, data da realização.
CAPS III Hortolândia	Devido a atuação da pesquisadora no município, a assistente de pesquisa procedeu na apresentação da proposta para a equipe, em data escolhida pelos mesmos, 18/08/2022, em que se realizou a apresentação da proposta, identificação de interesse e consecutivamente o GF.
CAPS II AD Hortolândia	Devido a atuação da pesquisadora no município, a assistente de pesquisa procedeu na apresentação da proposta para a equipe, em data escolhida pelos mesmos, 29/08/2022, em que se realizou a apresentação da proposta, identificação de interesse e consecutivamente o GF.

Fonte: Elaboração da pesquisadora.

3.6 CONSTRUINDO DADOS: GRUPOS FOCALIS-GF

A pesquisa qualitativa tem como principal estratégia para a coleta de informações no campo, as entrevistas¹⁷⁶, definidas como, uma conversa entre interlocutores, ocorrida por determinação de um entrevistador, visando estruturar informações sobre um objetivo específico de pesquisa¹⁷⁶.

A entrevista pode ser considerada como conversas dotadas de finalidade e apresenta diferentes características a depender de sua organização. Dentre as diversas modalidades de entrevistas, há os grupos focais, ou seja, um tipo de entrevista coletiva, em que falas de um são contrapostas com as das outras pessoas¹⁷⁶.

O GF visa angariar informações, a partir de diálogos produzidos entre participantes, sobre reflexões dos envolvidos acerca de suas realidades. Por meio deste instrumento, além da fala, se pode captar relações, práticas, cumplicidades, omissões e outros itens ponderáveis, se conhecendo assim, aspectos subjetivos condizentes a crenças, opiniões, sentimentos, formas de sentir e atuar, entre outras¹⁷⁶, bem como:

têm ainda a qualidade de permitir a formação de consensos sobre determinado assunto ou de cristalizar opiniões díspares, a partir de argumentações, ao contrário das entrevistas que costumam ocorrer de forma solitária.(Minayo¹⁷⁶).

A conformação dos GF, consiste na realização de reuniões, com pequeno número de pessoas (6 a 12), com características similares, na qual um facilitador é destacado para focalizar, promover a participação e aprofundar as discussões, enquanto, um relator auxilia em questões organizacionais e anota dados relevantes.

Na fase exploratória da pesquisa, procedeu-se na organização dos GF, em que definiu-se um roteiro direcionador geral, com tópicos que ordenaram os grupos, composto pelos itens: cuidado antes da pandemia no CAPS, cuidado durante a pandemia no CAPS, cuidado após estabelecimento da vacina no CAPS (condizentes a consequências, principais estratégias/intervenções, atenção a situações de crise, articulação com a rede, processos para assegurar reabilitação psicossocial).

Determinou-se alguns critérios para a realização dos GF, atinentes a:

- Realização ser direcionada por moderador capacitado e um auxiliar/relator;

- Não participação do pesquisador na busca de dados em sua cidade de origem;
- Realização de uma sessão por serviço, com duração de no máximo uma hora;
- Participação de 5 a 12 profissionais que atuantes diretamente na elaboração de propostas de intervenções no CAPS;
- Realização de contatos prévios para apresentação da proposta, convite aos profissionais, identificação de interesse, sanar dúvidas, entre outros;
- Agendar data possível, de acordo com organização do serviço e possibilidades apresentadas pelo mesmo;
- Realizar a sessão no próprio serviço ou local definido pelos participantes;
- Realizar as sessões em horário combinado previamente, visando evitar adversidades ao andamento do trabalho;
- Elencar profissionais de diferentes categorias (médico, um enfermeiro, um terapeuta ocupacional, um técnico ou auxiliar de enfermagem, um psicólogo, um oficinheiro ou outra categoria não citada);
- Caso houvesse mais de 12 profissionais disponíveis, participariam da pesquisa aqueles que estiverem no serviço a mais tempo, seguindo o critério de diferentes categorias profissionais.
- Gravação das sessões para transcrição e análise subsequente;
- Arquivamento dos dados em pen-drive por 5 anos, com posterior descarte;
- Conduzir o grupo conforme roteiro de operacionalização dos grupos focais;

Foram realizadas 7 sessões de grupos focais sendo, uma no CAPS AD e uma no CAPS II de Paulínia, uma no CAPS AD de Sumaré, um no CAPS III e uma no CAPS AD de Hortolândia, uma no CAPS III e uma no CAPS III AD de Campinas. Todas as sessões transcorreram conforme critérios estabelecidos.

Objetivando complementar os dados da pesquisa, antes da realização de cada Grupo Focal, nos momentos iniciais de apresentações, solicitava-se que cada participante preenchesse o questionário sociodemográfico, composto por perguntas acerca da idade, gênero, formação, tempo de trabalho no CAPS, regime de contratação e outras.

A moderação dos GF foi realizada pela pesquisadora assistente (Leici Santana Alves dos Santos) e contou com a participação de uma auxiliar, que realizou anotações e observação. Na cidade de Hortolândia, a moderação foi

realizada pela auxiliar dos grupos, uma vez que a pesquisadora assistente possui grande vinculação com os serviços de saúde mental desta cidade (por atuar profissionalmente na equipe de gestão destas unidades), sem a participação de observador nestes.

3.7 PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise do material coletado, utilizou-se o referencial teórico hermenêutico-dialético, por referir-se a um método que se propõe a interpretar dados empíricos, no qual, por meio da articulação entre as concepções hermenêutico e dialético, se concebe um método de interpretação que em consonância com Minayo¹⁷⁶, ao mesmo tempo, caminha no desvendamento do significado consensual daquilo que se propõe a interpretar e estabelece uma crítica acerca dos dissensos, contradições, significados e suas relações com o contexto.

Semelhantemente Netto e Chagas¹⁸², em suas explorações, pontuam que muito além de uma forma de investigação científica, a hermenêutica-dialética “representa uma postura filosófica e epistemológica de perceber e compreender, por meio da razão, a realidade posta aos olhos”. Sendo portanto, uma forma de realizar interpretações, respeitando conjunturas e aspectos históricos, fontes empíricas, documentais e/ou bibliográficas, a fim de gerar compreensões amplas.

Neste sentido, o foco da análise da pesquisa em questão foi examinar as opiniões, os fatos surgidos e as representações envolvidas, relacionando-as com as bases teóricas e documentais existentes.

O estudo não abrangeu a totalidade das falas, visto que, vislumbrava-se construir proposições no âmbito/global, de maneira que, utilizou-se os dados que de forma repetida foram mencionadas pelos profissionais envolvidos dos diferentes serviços, buscando assim, por um direcionamento homogêneo acerca das práticas cotidianas dos CAPS no contexto da pandemia. Isto posto, salienta-se que este estudo não se ateve em discorrer sobre as especificidades dos serviços participantes, mas buscou-se consensos, para captar a perspectiva global dos CAPS da região estudada.

Para a realização da análise, inicialmente se procedeu na ordenação das informações, realizando-se um mapeamento dos elementos obtidos nos grupos focais, de modo que, após a transcrição das gravações, leu-se todo o teor, prosseguindo para a organização dos relatos e decomposição dos dados.

Decompor os dados em consonância com Minayo¹⁷⁶, é estabelecer relações entre as partes decompostas, na qual, se almeja buscar sentidos dos diálogos e ações, para a produção de compreensões e explicações¹⁷⁶. Circunstância está, em que, utilizou-se como etapa para a decomposição, elencar dentro dos períodos estabelecidos, os assuntos que recorreram, bem como, frases e palavras de mesma significação e ideias que se repetiram.

De posse da decomposição dos dados, seguiu-se para o processo de categorização, definido segundo Bardin¹⁸¹, como uma “espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem”.

Assim, se buscou classificar os elementos segundo temáticas, e para tanto, agregou-se conteúdos uniformes, os intitulando, ação está originadora das diferentes categorias.

Cada núcleo de sentido, definido enquanto categoria, rigorosamente precisava se dar, a partir do mote: cuidado do CAPS na pandemia nas diferentes fases vivenciadas neste contexto, no qual, identificou-se alterações, semelhanças e impactos comuns no cotidiano dos serviços, em associação com o contexto político, econômico e de políticas públicas. A partir daí, agrupou-se estes materiais, dentro de divisões, que foram nomeadas em correspondência com aquilo que representava o tema. Para os conteúdos que não se enquadraram ou em discordância com o proposto, houve a exclusão das informações.

A interpretação dos dados, ponto central dos resultados, partiu da inferência sobre os motivos e consequências dos ditos apresentados, associado a fundamentação teórica, advindas de políticas públicas relevantes e concepções filosóficas e históricas, a fim de se compreender o contexto atual (e sua relação com as práticas desempenhadas), contradições emergentes, bem como, significações, representações e motivações, ampliando assim proposituras. Assim, o material foi produzido por meio do diálogo entre produções científicas e dados angariados acerca das práticas dos profissionais.

A apresentação dos resultados seguiu-se com uma descrição dos fatos recorrentes, utilizando frases emblemáticas para ilustrar, prosseguindo-se para a discussão.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto foi submetido ao Comitê de ética e Pesquisa, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob CAAE: 54057221.5.0000.5404 e parecer: 5.489.059. Procedimentos cabíveis foram executados para atender às deliberações da Resolução nº.510 de 07 de abril de 2016, relativas a normas aplicáveis para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, para tanto os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual, se garantiu anonimato e proteção. Evidencia-se que todos os participantes assinaram e foram esclarecidos.

4. Resultados

Considerando a ampla quantidade de informações coletadas, optou-se por apresentar os resultados obtidos, seguindo diferentes etapas, em que primeiramente se apresentará uma introdução com especificações dos participantes da pesquisa conforme dados demográficos angariados e consecutivamente, de acordo com as caracterizações dos achados se estabelecerá diferentes capítulos, com discussões sequentes pertinentes, para que efetivamente se demarque a temática em discussão, facilitando assim a compreensão e restringindo a possibilidade de confusões no decorrer da leitura.

A pandemia possuiu diferentes fases, que exigiram variadas intervenções, recomendações e orientações. Deste modo, haverá 3 capítulos que evidenciarão, aspectos do cotidiano de diferentes modalidades de CAPS, conforme os profissionais, durante os principais marcos da covid-19, sendo: o começo da emergência sanitária, precisamente a partir do mês de março de 2020, se estendendo até a disponibilização de uma vacina, em meados de Janeiro do ano de 2021, seguindo-se para o segundo capítulo que demarcará as reorganizações necessárias para lidar com a pandemia após a vacina e por último o momento em que a pandemia atinge um patamar de regularidade, uma tentativa de retorno a dinâmica de vida antes da pandemia.

É importante relatar que os resultados apresentados nesta pesquisa, estão relacionados aos fatos mais e repetidamente mencionados pelos profissionais envolvidos e como a proposta aqui é expor consequências no âmbito geral/global, este estudo não se ateve em discorrer sobre especificidades dos serviços participantes.

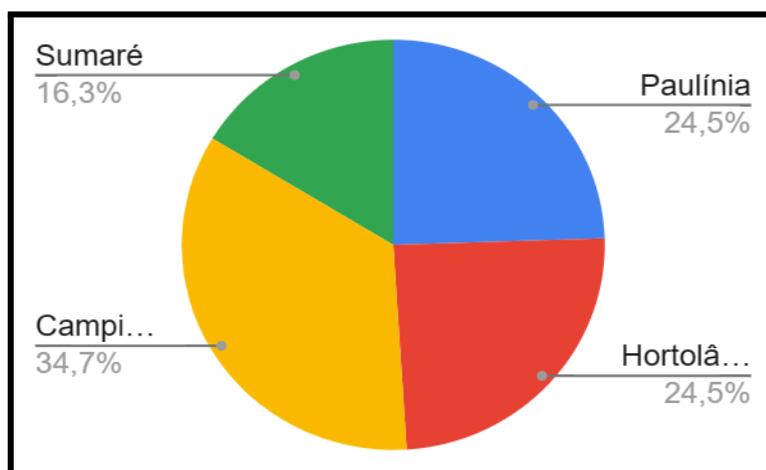
A pesquisa foi realizada junto a profissionais atuantes em diferentes modalidades de CAPS, que tivessem engajamento em propósitos de cuidado, assim, houve a participação de 49 trabalhadores, de diferentes categorias, tais como: psicólogos, médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros conforme quadro abaixo, que demarca o núcleo de atuação e a quantidade.

Quadro 11: Quantidade de participantes por categoria profissional

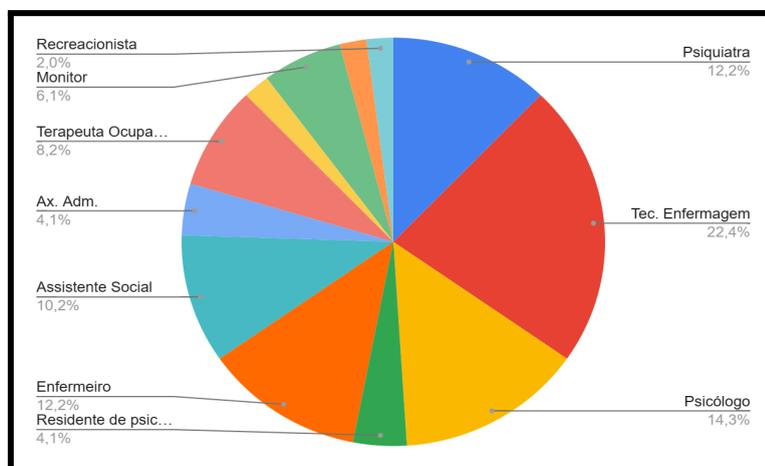
Cidade	Psiquia- tra	Tec. Enfermagem	Psicó- logo	Resi- dente Psico	Enfer- meiro	Assis- tente Social	AX. Adm	TO	Resi- dente TO	Moni- tor	Ag. ação social	Recre- acionista
Paulínia	3	4	1	-	2	1	1	-	-	-	-	-
Hortolândia	2	4	2	-	1	2	-	1	-	-	-	-
Campinas	1	2	3	2	2	1	-	2	1	2	1	-
Sumaré	-	1	1	-	1	1	1	1	-	1	-	1
Total	6	11	7	2	6	5	2	4	1	3	1	1

Fonte:Elaboração da pesquisadora.

No que se refere a quantidade de profissionais participantes por cidade, tem-se:

**Gráfico 1:** Número de participantes por cidade

Dentre os participantes por categoria, observa-se maior participação de técnicos de enfermagem, seguido de psicólogos, conforme apresentado no gráfico 2, abaixo:

**Gráfico 2:** Porcentagem por categoria participante;

No que se relaciona ao gênero dos trabalhadores, mais de 70% são mulheres, conforme apresentado no gráfico 3, abaixo:

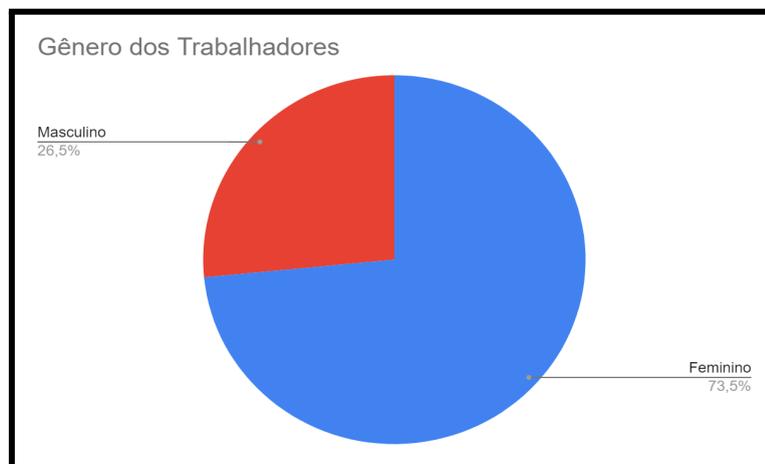


Gráfico 3: Porcentagem por gênero dos participantes.

Acerca da faixa etária dos participantes, verifica-se que a maior parte possui entre 31 e 40 anos, conforme apresentado no gráfico 4.

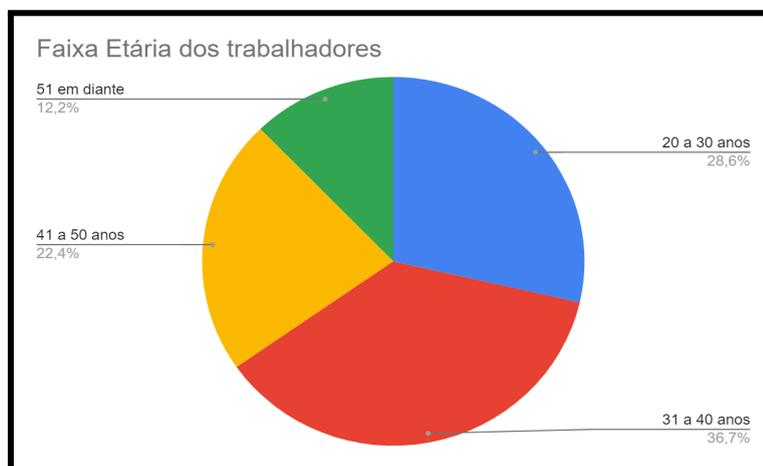


Gráfico 4: Porcentagem por faixa etária dos participantes.

No que se refere ao tempo de atuação no serviço de saúde mental, quase a metade dos profissionais participantes, estão atuando no período compreendido entre 1 a 3 anos, como mostra o gráfico:

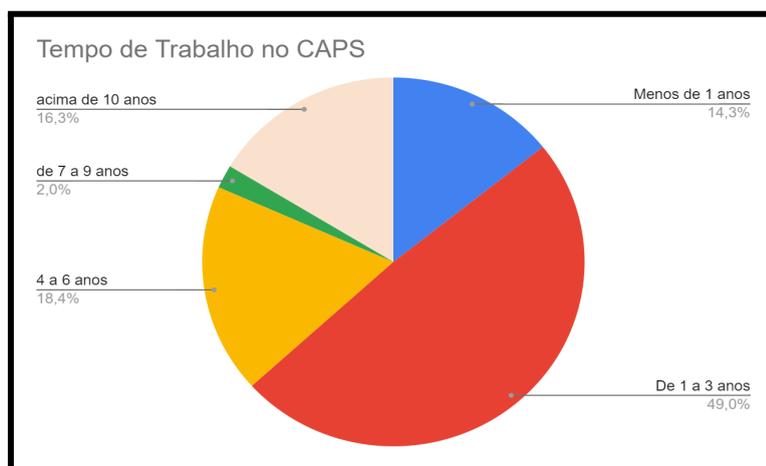


Gráfico 5: Tempo de trabalho dos participantes no CAPS.

Sobre a forma de contratação dos profissionais, verifica-se que quase 70% dos profissionais são contratados por organizações sociais, via CLT. Há também prestadores de serviços, sem vínculo trabalhista, que prestam serviços via CNPJ.

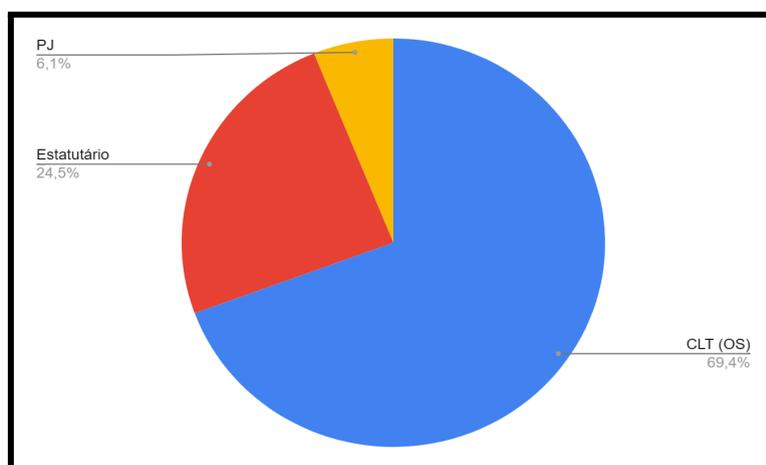


Gráfico 6: Regime de contratação dos profissionais participantes.

4.1 PANDEMIA: E AGORA?

Como parte dos resultados, este capítulo se refere-se ao momento do aparecimento dos primeiros casos de covid-19 no Brasil, passando pela declaração de pandemia de coronavírus, pela OMS, em 11 de março do ano de 2020, até o requisitado início da vacinação populacional em meados de janeiro do ano de 2021, quando o país atingia um montante de aproximadamente 200 mil mortes em decorrência da doença.

No período circunscrito, vários fatores incidiram sobre os processos de trabalho dos CAPS, tais como: o escalonamento de mortos, adoção de medidas de segurança, colapsos no sistema de saúde, confusões de informações, rápida disseminação do vírus, novas variantes e o “pandemônio” político. Importa destacar aqui, que o termo pandemônio foi utilizado por Duarte³⁵, em referência a ações, discursos e omissões do governo Bolsonaro, perante a pandemia, em que o mesmo definiu a expressão como um “descontrole político diante de uma crise sanitária também descontrolada”³⁵.

Assim, os aspectos a seguir retratarão as mudanças gerais na rotina das diferentes modalidades de CAPS, diante da pandemia, do pandemônio e com os atravessamentos da iminência de transformações políticas no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Deste modo, pretendendo provocar maior entendimento, dividiu-se esta parte em um grande item que dissertará sobre os arranjos encontrados no cotidiano dos serviços, em que os fatos citados foram demarcados enquanto temáticas e apresentadas em subitens.

4.1.1 CAPS e Cotidiano: Arranjos para lidar com a pandemia inicialmente

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA, por meio da Nota Técnica nº. 04/2020⁴³, instituiu recomendações gerais a serem executadas pelos profissionais que atuavam nas diferentes unidades de saúde, visando mitigar a transmissão da doença, durante ações de assistência à saúde realizadas, referente

principalmente a: uso de máscaras obrigatoriamente, distanciamento social, higienização das mãos e superfícies, realização de triagens rápidas nas entradas, determinação de novos fluxos, realização de atendimentos em locais ventilados, uso de EPI, isolamento, restringir quantidade de visitantes, seguir recomendações específicas para cada área e outras. Tais orientações sancionaram uma nova realidade para os diferentes tipos de CAPS, em que foram necessários instituir novos processos, jeitos distintos de funcionamento e, portanto, um novo cotidiano.

Determinar ocorrências do cotidiano de um CAPS, refere-se a retratar intervenções propostas por profissionais para a vida das pessoas, grupos e comunidades, ou seja, o desenrolar de práticas no dia a dia dos serviços. Mas, há que se destacar, que por meio da interpretação do cotidiano é possível conhecer os modos de pensar e agir, bem como, compreender o momento histórico, a realidade social, adversidades e limites de possibilidades. Desta maneira, a seguir apresenta-se as mudanças experienciadas pelas equipes e suas possíveis significações.

4.1.1.1 Uso de Equipamentos de Segurança, dificuldades e escassez.

A determinação do uso obrigatório de EPI, para profissionais, de acordo com protocolos sanitários e o uso universal de máscaras continuamente pela população geral, foram importantes barreiras para impedir a circulação do vírus⁴³. Entretanto, os trabalhadores das unidades de Saúde Mental apontaram que a nova normativa, até então inabituais para os usuários dos serviços, principalmente o uso de máscaras, geraram relutâncias por parte destes, tornando o trabalho mais difícil para as equipes. Presumivelmente, a contrariedade para o uso do material de proteção, justificou-se pela incompreensão das motivações, carência de recurso financeiro para comprar, desconhecimento acerca de modos adequados de usar e pela descrença na real necessidade.

Vale dizer, que talvez pelas características dos usuários atendidos nos serviços, tornou-se igualmente difícil gerar compreensões acerca da maneira correta de usar o equipamento, todavia, imprecisões e inconcretudes relacionadas ao contexto e evolução da doença, causaram desentendimentos também entre

funcionários, que no princípio adotaram medidas ineficientes para garantir segurança individual no exercício de suas funções. Dentre as adversidades e complicações deste momento acerca dos EPIs, as equipes referiram também que houve escassez e até mesmo falta de tais materiais inicialmente, fato que impediu alguns atendimentos, conforme relatos abaixo:

(...) o começo era chatíssimo pros usuários entender que era obrigatório o uso de máscaras em locais fechados.... e assim, no começo antes... até a gente ter todo esse recurso de ter máscaras no serviço para ofertar para todo os usuários, demorou um pouco... então, falar para o usuário que ele tem que usar uma máscara, que ele tem que comprar uma máscara.... tinha usuário que colocava um pano, colocava coisas....era bem complicado, então, assim e isso no começo foi bem difícil mesmo(...) (CAPS AD III).

Se achava que era uma questão até tudo isso se organizar, até de fato entender que as pessoas estavam morrendo de covid....Porque acho que até dá esse start, né? Isso demorou um tempo, né? Porque a gente no início estava confeccionando máscara de tecido, né? Achando que tem efeito aqui pra gente, né? Eu lembro né? Mas foram momentos bem complicados... (CAPS III).

(...) teve época que não tinha máscara, que não vinha....E aí acabou em todo lugar.....e não tinha como a gente entrar e fazer o atendimento, não tinha roupa, avental. (CAPS AD III).

Seguir orientações apropriadas para o momento, almejando proteger usuários e profissionais, seria de fundamental importância, entretanto, garantir a infraestrutura adequada, oferta suficiente de materiais, insumos e equipamentos seria operante, enquanto uma das resposta à pandemia³⁷. Mas não foi o que se assistiu inicialmente. Muitas matérias noticiaram o fato, como por exemplo a notícia publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem- COFEN³⁶, em abril de 2020, intitulada: “profissionais de saúde reclamam da falta de equipamentos de proteção individual”, demarcando riscos e impactos para os atendimentos, contrariando recomendações e impondo medidas alternativas. Em outro informe publicado pela Fiocruz³⁷, denominado: “Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura de resposta a esta epidemia, destacou-se a imprescindibilidade de garantir os materiais necessários para a proteção das equipes”.

O desabastecimento e/ou escassez de EPIs, principalmente em momentos iniciais da pandemia, demonstraram falhas no que concerne ao cuidado

para com o trabalhador, bem como, a controversa impossibilidade de cumprimento das recomendações globais. A priori a justificativa para a ocorrência centrou-se no excesso de busca por tais produtos, ora pela desinformação que levou a população a fazer estocagem, ora pela insuficiência de produção e venda, elevados preços, disputas de mercado ou outras razões³⁹.

Cumprir destacar aqui, as prováveis consequências da desorganização governamental e da ausência de normas explícitas durante a pandemia, em que as notícias falsas disseminadas pelo governo, foram tomadas como verdade para alguns, de maneira que se espalharam e privaram muitos indivíduos de transformar o significado das informações, em algo consciente, crítico e responsável³⁸. Além de que a propagação de inverdades, de modo geral, contribuiu para que a população tivesse dúvidas acerca de quais instruções seguir e no que efetivamente acreditar. Afinal, conforme afirmação de Pereira e Marques³⁸, o dito pelas autoridades, simplesmente ecoou mentiras e desinformações.

Da disputa entre a ciência e o posicionamento de autoridades políticas, facultou-se a total ausência de norte assistencial, refletindo diretamente na prática dos funcionários e provavelmente nas ações dos usuários dos serviços. No tocante aos profissionais, há que se considerar que a ausência de EPIs, impôs aos mesmos riscos, inclusive de morte, ao passo que o uso inadequado também, de maneira que a ação alternativa emergencial de confeccionar máscaras de tecido para profissionais, apresentou-se igualmente como um fator da desorientação generalizada, já que, conforme Soares et al.³⁹, há estudos que indicam que o uso de máscaras de tecido para profissionais de saúde, pode aumentar o risco de aquisição de infecções se comparado ao uso de máscaras próprias para profissionais e procedimentos, razão pela qual não se orientou que profissionais usassem máscaras de tecidos.

Igualmente, para os usuários dos serviços as orientações desordenadas, presumivelmente, precipitaram a compreensão de que a pandemia inexistia e que cada um poderia proceder conforme seus desejos e em vista disso, houve recusa em usar os equipamentos recomendados, adaptações inadequadas de máscaras e sentimentos equivocados contra as equipes em relação a nova ordem.

Indiscutivelmente, observou-se a essencialidade de um plano logístico e estratégico que assegurasse os equipamentos necessários para todos os trabalhadores de acordo com protocolos sanitários e desenvolvimento de ações

congruentes entre setores de saúde e comunidade científica, vislumbrando fornecer orientações e treinamentos adequados e garantia de segurança³⁹, todavia a ausência de estratégias nacionais de prevenção e cuidado, bem como, a falta de planos e planejamentos para contingência, impuseram suas consequências.

4.1.1.2 Implicações do fechamento de serviços intersetoriais, exceto os de Saúde.

Medidas progressivas para a promoção de distanciamento social, foram sendo adotadas no decorrer da pandemia e como declarou Aquino et al.⁴⁰, teve-se o fechamento espaços coletivos educacionais, proibição de eventos com aglomerações, restrições referentes a utilização de transporte público e concomitantemente houve o empenho em promover reflexões na população para que permanecessem em casa, se pudessem. Vale evidenciar que, em alguns momentos houve até a desautorização da circulação de pessoas em espaços comuns, exceto para o exercício de atividades consideradas essenciais, ou seja, aquelas necessárias para garantir o mínimo vital para a população⁴¹. Estava autorizado o funcionamento de serviços de segurança pública, de fornecimento de energia, serviços funerários e outros imprescindíveis, já que se considerava que tais restrições, reduziria a disseminação da doença e por conseguinte se alcançaria o fim da pandemia⁴¹.

Convém enfatizar, que as medidas de isolamento social, foram indispensáveis, pois sem as mesmas, a capacidade das UTIs para covid-19 seriam insuficientes, gerando aumento da sobrecarga e/ou crises no sistema de saúde e conseqüentemente, mais mortes⁴⁰.

Neste contexto as equipes participantes destacaram, que ao contrário dos outros setores, como por exemplo, Inclusão Social, Educação, Justiça e Cultura, a Saúde manteve-se integralmente atuante, durante toda a pandemia e neste processo vivenciaram momentos em que locais que serviam refeições fecharam e os profissionais ficaram sem ter opções de lugares para se alimentar e também ocasiões que a circulação de pessoas ficou tão restrita que não se observava ninguém nas ruas.

Ainda em consonância com os participantes da pesquisa, o fechamento ou a restrição de funcionamento dos outros serviços da rede intersetorial, principalmente os da Assistência Social, que em geral disponibilizou apenas ações virtuais, culminou em provocar desassistência, tornando o CAPS o único serviço disponível para as pessoas acessarem, de forma que, a atenção nos diferentes pontos deixou de ocorrer, ou seja, as ações intersetoriais inexistiam.

Nós não fechamos...Diferentemente de outros serviços que fecharam e os funcionários ficaram em casa...(CAPS AD II).

(...) eu acho que desde o começo a gente nunca em momento nenhum aquela coisa de ficar em casa nunca aconteceu com a gente... e a gente esteve trabalhando todo o período da pandemia e aí a gente percebeu que outros serviços ficaram em casa, tipo o da assistente social por exemplo. (CAPS AD III).

(...) naqueles primeiros três meses da pandemia, que estava tudo fechado, de fato (...) a gente estava funcionando, naquele período(...) só tinha a gente na rua (...) não tinha lugar nem pra almoçar. (CAPS AD II).

(...) e desassistiu bastante os nossos usuários...então a gente chegou a ouvir de vários usuários que eram o único lugar de cuidado que eles tinham durante esse período da pandemia....acho que quando o serviços da assistência fecham as portas, né e ficam no sistema online a gente sabe de quais pessoas eles iam atingir e incluem a maioria dos nossos usuários. (CAPS AD III).

Tinha uma coisa dos outros serviços querendo ou não, tinham diminuído o acesso, Assim, então o CAPS era o que continuava aberto pras pessoas poderem acessar. (CAPS III).

A Reforma Psiquiátrica traz imbricada em seu âmago a substituição da centralidade biomédica e hospitalar, por uma assistência dentro de diversificados pontos de atenção da rede, que devem ser articulados e comunicante, assegurando um cuidado integral por meio de diferentes estratégias e recursos do território, para além de serviços de saúde. Nesta perspectiva, as ações dentro e fora dos CAPS são elementares, já que o cuidar no serviço de Saúde Mental, transita pela garantia de direitos, educação, trabalho, alimentação, renda básica, habitação, cultura e lazer. Destarte, somente por meio da intersetorialidade, que se compreende o sujeito em sua totalidade e se alcança a construção de projetos singulares e integrais, cidadania e o pertencimento⁴².

De modo que, o termo desassistência, usado pelos profissionais, parece referenciar a ausência neste período, daquilo capaz de garantir um cuidado integral,

pressupõe a carência de parcerias para construções conjuntas e a condução solitária de propostas e assistência, que mesmo fugindo do setor da saúde, passaram a ser exercidas unicamente pelo CAPS.

Assim, na lida diária, observou-se desproteção dos usuários assistidos no CAPS, principalmente no âmbito da falta de acesso a outros serviços da Assistência Social, seja para auxiliar na inclusão em benefícios assistenciais, principalmente para aqueles excluídos digitalmente, ou seja para a inclusão em serviços de acolhimento institucional, ou oferta de locais que garantissem alimentação, higiene, autocuidado, retirada de materiais de proteção e outras.

A pandemia desmobilizou as redes de proteção, entretanto, como assegurar a continuidade das ações intersetoriais e o distanciamento social? O CAPS com sua atuação baseada na proximidade e vinculação, permaneceu garantindo algum tipo de acesso, fato de extrema importância, no combate ao total desamparo. Porém, sem possibilidades de atender integralmente a complexidade das necessidades dos indivíduos, principalmente no ensejo de desastres. Acredita-se que as equipes atuaram, na perspectiva do que foi possível fazer, mas algo mais seria possível, ou algo mais de outro modo poderia ocorrer?

4.1.1.3 Reorganização do cotidiano dos CAPS

As orientações da ANVISA⁴³, acerca da nova maneira de operacionalização dos serviços de saúde, apontaram a essencialidade também de distanciamento de pelo menos 1 metro entre as pessoas que impreterivelmente precisassem estar em uma Unidade de Saúde, bem como, reorganização e reestruturação das instituições, com vistas a manter ambientes arejados, bem ventilados, reduzir número de pessoas, realizar uma triagem rápida dos pacientes na entrada dos serviços, eliminar ou restringir uso de itens compartilhados pelos usuários, usar apenas materiais higienizáveis⁴³, e outras que fizeram com que fosse necessário reorganizar a dinâmica de funcionamento dos CAPS, rever práticas e fazer várias mudanças no cotidiano do serviço, visando contribuir para a diminuição da transmissão da covid-19.

Deste modo, os profissionais participantes destacaram que passaram a não mais receber todos aqueles que adentravam o serviço, impondo restrições e/ou critérios para entrada e permanência. Alterou-se também horários, vislumbrando provocar desencontros e conseqüentemente reduzir a circulação de pessoas dentro da Unidade, conforme citado:

(...) não receber todo mundo mais... Às vezes vem com um monte de gente da família, então restringe isso também. (CAPS III).

(...) o que a gente fez foi restringir a entrada dentro do serviço.. o que a gente não manteve era realmente a entrada e permanência dentro do serviço. (CAPS AD II).

Acho que a equipe foi se cuidando um pouco nesse contexto assim de mudar os horários né? pra ter menos pessoas também na casa". (CAPS III).

Dentre as ações inseridas neste novo contexto, abruptamente os CAPS introduziram a realização de uma triagem respiratória no portão, em que geralmente um profissional do núcleo de enfermagem, junto a um vigia, permaneciam na entrada dos serviços, realizando procedimentos de triagem de quem desejasse entrar a unidade (profissionais, usuários e outros), objetivando identificar pessoas sintomáticas, assim, seguindo as recomendações se perguntava sobre sintomas respiratórios (tosse, coriza, dificuldade para respirar, etc), verificava-se a temperatura e a saturação para detectar pessoas com suspeita, antes mesmo de qualquer recepção e acolhimento. Este processo causou alguns desconfortos nos usuários dos serviços, ora pela espera ocasionada no portão, ora pela ausência de costume, conforme exemplo:

(...) a triagem respiratória ... porque de um do dia pra noite..Durante esse período pandêmico era necessário ter um profissional junto com o vigia fazendo a triagem dos profissionais, dos usuários que queriam entrar... às vezes ficavam na fila, às vezes demorava...O protocolo institucional era um técnico de enfermagem ficar responsável pela triagem do portão de todos os usuários que entram no serviço. E é aquele negócio de ver a febre. (CAPS AD).

Este novo cotidiano, exigiu a suspensão de atividades coletivas anteriormente rotineiras, como: grupos de atividades, oficinas, reuniões de equipes, ambiência, transporte de usuários, permanência dia e a realização de refeições dentro do serviço, neste aspecto para se assegurar alimentação, as marmitas eram fornecidas, para que a pessoa pudesse se alimentar em outro local. Houve também a suspensão dos matriciamentos, ocorrência esta que fragilizou as discussões de

casos e relação entre serviços de Saúde Mental e Atenção Básica de Saúde e da mesma forma ocorreu a suspensão de ações de busca ativas. Fatos estes que combinados entre si, ocasionaram uma mudança por completo do cotidiano dos serviços, a começar pela quantidade restrita de pessoas e ausência da ambiência, como nos relatos descritos abaixo:

(...) não estava tendo a permanência dia, não estava tendo os grupos, e as refeições a gente fazia a dispensação de marmitas ali na porta mesmo e a gente dispensava a marmita e ele fazia refeição em outro local. (CAPS AD II).

E teve os matriciamentos também né...foi paralisada nesse período, então as nossas discussões com as unidades básicas ficavam também mais delicadas assim... ah..gente nesse período... Eu acho que a gente também parou de eh trazer alguns usuários com transporte que a gente fazia isso, né? Pra passar o dia, pra passar, pra fazer alguma atividade. (CAPS III).

(...) claro que o funcionamento do serviço mudou por completo né? Acho que aquela lógica do CAPS cheio, do CAPS acontecendo, em ambiência, isso não tinha mais. (CAPS AD III).

Acho que a gente conseguia mais antes... além dos grupos de psicoeducação... terapêuticos... as oficinas... a gente fazia passeios, com os pacientes... assembleia, a gente tinha um número de pacientes em cuidado intensivo bem maior que a gente tem hoje. (CAPS AD).

A priorização da realização de atendimentos individuais passaram a ocorrer excessivamente. Fato justificado pela restrição de outras possibilidades, haja vista a suspensão de tudo aquilo que era coletivo. A mudança da organização do serviço e de espaços de atendimento também apresentou-se como nova realidade, em que atender em locais abertos, ventilados, com muita distância entre as pessoas virou rotina, como denotado pela equipe:

É mudamos os consultório depois (...) os consultórios são bem pequenos sem janelas então nós mudamos...e começamos a atender mais um ambiente aberto (...) No pátio, com distanciamento. (CAPS AD).

(...) eu acho que na máxima mesmo assim como um todo sobrecarregou os atendimentos individuais mesmo, foco no atendimento individual. Não existia grupo, né? Espaços grupais acabaram... Então não tinha oficina, não tinha grupo, não tinha nada destes espaços, né? (CAPS AD III).

Estrategicamente, todos os serviços participantes passaram a realizar, acompanhamentos, monitoramentos e atendimentos, usando recursos remotos,

telefônicos e envio de mensagens, em que utilizou-se muito de ligações telefônicas para compreender a condição dos pacientes e cuidar. As equipes precisaram ser inventivas para garantir a assistência e a estratégia virtual inovou, mas os trabalhadores reconheciam que este mecanismo não seria suficiente para assegurar o acesso de todos os usuários do serviço, visto que muitas pessoas não possuem dispositivos para tal, como manifestado pelos profissionais:

Então a gente utilizava bastante recurso do telefone, chamada de vídeo com os usuários que tinham essa possibilidade, né? Que são poucos, que são muito poucos. (CAPS AD III).

(...) acho que na fase crítica a gente fazia muita ligação para saber como o paciente estava. (CAPS AD).

Acho que de mudança foi o cuidado por telefone. A gente não tinha esse hábito de muitas vezes acabar a gente atende por telefone. E isso antes, né? A gente pedia pra vir ou ia buscar. (CAPS III).

Muitas coisas a gente teve que começar a fazer individual, que é uma coisa que foge daquilo que...É. a gente fez muito isso. Por telefone. A gente teve que inventar, né verdade no trabalho....WhatsApp, né? Grupo no WhatsApp, isso já na pandemia. (CAPS AD).

Considerando que a clínica de atuação de um CAPS deve ser a psicossocial e portanto, uma clínica ampliada, que expande conceitos sobre processos de saúde-doença e atua centrada nas necessidades do sujeito, obrigatoriamente é preciso dispor de dispositivos que assegurem os objetivos originais da proposta, tais como: responsabilização, vínculos, intersetorialidade, interdisciplinaridade, gestão democrática da equipe, cuidado singularizado, aumento da contratualidade e laços sociais dos usuários e criação de protagonismos de vida. Assim, as práticas diárias de um CAPS, precisariam constituir-se em: acolhimentos, escutas ativas, processos democráticos de decisões, ambiência vívida, potente e transformadora, diálogos, trocas relacionais, defesa de direitos, variados fazeres emancipatórios, promoção ações de participação social nos recursos do território, movimentação de pessoas e estabelecimento de relações subjetivas. Acontecimentos, que Merhy⁴⁴ nomeou como, trabalho vivo em ato, ou seja, um cotidiano pautado no exercício de técnicas relacionais e do encontro entre subjetividades.

Todavia, as reformulações impostas pela pandemia às unidades de Saúde Mental, alteraram não só o cotidiano dos serviços, mas também a lógica assistencial,

em que a suspensão das ações coletivas e a restrição do uso de alguns outros dispositivos da clínica psicossocial, constituiu um novo modo de ser CAPS, mas que não exprimiam o CAPS acontecendo como CAPS, seja pela escassez da exorbitante circulação de pessoas e seus inevitáveis encontros, pela inexistência de constantes fazeres, atravessados por diferentes recursos terapêuticos, ou seja, pelo distanciamento da intensidade de trocas relacionais do estar junto dia a dia.

A questão que se coloca é: como garantir ações de uma clínica ampliada, num contexto limitado de possibilidades psicossociais? Com relação a este ponto, restou apostar nos atendimentos individuais em espaços abertos e ventilados. Porém, há que se destacar a particularidade inventiva das equipes, que se mantiveram promovendo assistência, mesmo que o objetivo fosse garantir o possível dentro do que o contexto permitia.

Partindo do pressuposto que o distanciamento social, evidenciou a necessidade de separação dos corpos, não distanciamento da proximidade humana, foi preciso pensar como produzir encontros cotidianos, manter e construir vínculos. Deste modo, a realidade pandêmica, impôs a utilização de recursos não usados corriqueiramente até então na atenção psicossocial, recursos tecnológicos, virtuais, das tecnologias leve-duras, conforme denominações de Merhy et al.⁴⁵ e não apenas das tecnologias relacionais presenciais, como originalmente se propunha⁴⁶. Neste aspecto é preciso considerar que os vínculos estabelecidos fazem o lugar e os encontros cotidianos dão sentido ao viver e ao viver no território⁴⁶, independente do formato do encontro.

Cabe aqui, a ressalva de que, até o surgimento da pandemia, o uso de tecnologias e diversificadas formas de atendimentos virtuais, era um campo em constituição no país. Somente a partir desta emergência sanitária, que passou-se a recomendar o uso do teleatendimento (atendimento por meio telefônico e por whatsapp) e regulamentar a proposta, primeiramente para médicos da Atenção Primária de Saúde⁴⁷. Posteriormente a isso, instaurou-se a Lei nº. 13.989 de 15 de abril de 2020⁴⁸, acerca do uso da telemedicina durante a pandemia de coronavírus, sendo este o marco regulatório da telemedicina e da telesaúde. A partir daí, diferentes Conselhos de classes profissionais, foram promulgando regulamentos para a atuação a distância. Nesta perspectiva, estava simbolicamente autorizado o uso dos recursos virtuais a serem utilizados de diferentes maneiras em acompanhamentos de saúde.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde⁵⁰, propôs a efetivação de estratégias de Saúde Digital, principalmente a telessaúde especialmente motivada pela pandemia, visando melhorar a qualidade dos atendimentos, a priori na Atenção Básica, através de ferramentas da tecnologia de informação, já que, considera-se a telessaúde um recurso importante, para reduzir a circulação de pessoas, reduzindo assim os riscos de contaminação, além de que possibilita acessar diferentes locais, assegurando atendimento para pessoas em distintas condições, que por alguma razão estão impossibilitadas de comparecer em atendimentos de saúde⁴⁹.

Neste contexto, atendimentos por chamadas de vídeo, monitoramento por ligações telefônicas, acompanhamento por mensagens de texto, uso de videoconferências, foram alternativas inventivas que fizeram parte do rol de sobrevivência assistencial dos CAPS. Assim, acolhimentos, escuta, monitoramentos e demais atendimentos puderam ser realizados, apesar de se compreender que este método não abarcaria todas as pessoas que necessitavam, principalmente, aqueles desprovidos de recursos tecnológicos, mas, foi possível apostar e continuamente superar desafios para estar perto e vinculado aos usuários.

Entretanto, importa aqui destacar que os atendimentos on-line necessitam de dispositivos específicos e acesso à internet, logo, exige para o trabalhador investimento em infraestrutura, sistemas específicos, qualificação, entre outros fatores que serão discutidos posteriormente e igualmente exige recursos dos usuários, mas, como mencionado, grande parte da população não dispõe, fato esse que explicita também as desigualdades sociais e demarca a essencialidade de se assegurar igualdade de acesso digital a todas as pessoas, pois, as diferenças neste país, também acometem a possibilidade de estar inserido digitalmente⁵².

Neste sentido, segundo advertido pela União Internacional de Telecomunicações (UIT) em 2021, grande contingente populacional não dispunha de acesso à internet. Além de que, apesar da expansão mundial das novas gerações de tecnologias, da hiperconectividade e o uso de dispositivos inteligentes e superdotados, há pessoas que vivem apartadas economicamente e que portanto, não possuem meios de investir em infraestrutura e do mesmo modo, há aqueles que não possuem conhecimento sobre formas de uso ou que não fazem um bom uso do recurso⁵².

Já foi salientado neste trabalho que, quanto mais excluído o sujeito, mais a exclusão o afeta, assim, há que se garantir a inclusão também em ferramentas

tecnológicas, seja formações, oferta de internet de alta velocidade a preços acessíveis, acesso gratuito à web e outras, para que os novos recursos não se traduzam como agentes de isolamento, barreiras, diferenças e discriminação, mas como: instrumentos de inserção e cuidado para todos⁵².

Sobre o uso de dispositivos tecnológicos, esta discussão será retomado no item 3.3, acerca do uso de recursos remotos para além da pandemia, já que o uso destas estratégias tornaram-se práticas comuns, mesmo no momento em que a pandemia atingiu um patamar de regularidade, haja vista os custos e benefícios propiciados por estes, tais como: facilitar a aproximação, sem necessidade de deslocamento, redução de gasto de tempo no transporte e não necessidade de investimento financeiro direto.

Indiscutivelmente, as equipes observaram a existência de perdas, ou o agravamento das dificuldades para conceber um cuidado integral, devido a suspensão de dispositivos estratégicos, apesar da possibilidade do uso de recursos tecnológicos. Em que, por exemplo, a não realização dos matriciamentos, contribuíram para intensificar a fragilização do cuidado ao sofrimento psíquico promovido pela Atenção Básica de Saúde, este item será melhor abordado no item 3.2, especificamente sobre Saúde Mental na Atenção Básica. De modo semelhante, não realizar buscas ativas dos usuários, que por diferentes motivos deixaram de frequentar os serviços a longo período, gerou barreiras para assegurar acesso e acompanhamento. Além de que, suspender o desenvolvimento de atividades (artísticas, culturais, terapêuticas, esportivas e outras) internas dos CAPS, demandaria o estabelecimento de outras estratégias.

Enfatiza-se que a temática acerca dos serviços promoverem barreiras de acesso durante a pandemia, apresentou-se recorrentemente nas discussões, sendo inclusive um fato que gerou reatividade nos usuários atendidos, desta forma, será abordada reiteradamente no subitem 4.1.1.4 a seguir, sobre reações possíveis dos usuários.

4.1.1.4 Incertezas, medos, desproteção: respostas possíveis

Lidar com as incertezas, medo do desconhecido e angústias dos usuários e dos próprios trabalhadores, fizeram parte do ter que criar estratégias para continuar assegurando o funcionamento dos serviços. Afinal, conforme descrito por Noal et al.⁵³, as vivências de situações incertas, ocasionadas pela pandemia, previsivelmente produziram ansiedade, medo, perturbações comportamentais e outras condições já esperadas.

Para profissionais de serviços de saúde, havia o acréscimo das imprecisões ocasionadas pelo risco de contrair ou propagar a doença para seus entes, bem como, dúvidas sobre como cuidar de uma pessoa contaminada dentro do CAPS e indefinições relacionadas a adaptação radical de processos de trabalho, conforme o exemplo mencionado abaixo:

Quando começou a pandemia a gente ficou bastante receoso, né? De como seria o seu espaço de saúde, pela gente ter leito pra acolher as pessoas e ficava na questão de como seria se a gente alguém que tivesse com coronavírus dentro do serviço, como que a gente cuidaria disso, para que outras pessoas não pegassem, tipo aquele contexto inicial assim né?(CAPS III).

Para os usuários dos serviços, lidar com as mudanças, incertezas, desproteção e incompreensões, podem ter ocasionado além de medo, estresse e desencadeamento de comportamentos reativos (hostilidade e agressividade) a uma nova e obscura experiência. Neste ensejo, compreender que as inúmeras mudanças no contexto geral (suspensão das atividades, triagem no portão), também geraria mudanças de comportamentos dos usuários, foi fundamental para exercer a função de acolher, de forma que, a agressividade apresentou-se como resposta por alguns usuários, bem como, a sensação de discriminação por parte dos mesmos, conforme exemplo abaixo:

(...) a gente tem falado bastante também da agressividade dos usuários. E em alguns momentos a triagem no portão eles ficavam bastante hostis, assim agressivos...e aí tinha gente que não entendia isso e achava que estava sendo discriminado e aí voltava em forma de agressividade contra a gente. Então acho que isso aconteceu bastante (...) Pessoas estavam muito bravas com a triagem no portão. (CAPS AD).

Frente a necessidade de novos procedimentos que impuseram a restrição da entrada dentro das unidades, os usuários passaram a adotar estratégias para burlar os protocolos, para estarem dentro dos serviços e voltar a ter acesso, como dito pela equipe:

E é aquele negócio de ver a febre..... a gente notou que eles aprenderam a mentir os sintomas pra poder acessar o serviço. (CAPS II).

Desconhecimento sobre o futuro, mudanças e mais mudanças, incertezas acerca de vacina e medicamentos, a crescente disseminação do vírus e a sensação de desamparo, impactaram a vida de usuários e trabalhadores de diferentes formas, inclusive gerando sentimentos diversos.

Entretanto, era esperado que os danos sociais, ocasionados pela redução da renda e desemprego na pandemia, associados às diversas mortes, inclusive de entes afetivos, gerariam reações comuns, tais como: medo da morte, de se contaminar, desesperança, irritabilidade, ansiedade e outras reações relacionadas aos sensacionalismos e notícias inverídicas espalhadas⁵⁴.

Esta conjuntura, exigiria condutas rápidas preventivas e de promoção, que serão melhor discutidas na categoria 2, especificamente acerca do aumento das demandas de sofrimento psíquico nos CAPS.

No que concerne aos comportamentos reativos dos usuários, há que se considerar que diante do fechamento de outras contingências, a população normalmente tende a buscar o que permaneceu aberto. Destarte, a ocorrência parece se justificar, pela ausência de outras possibilidades de apoio. Mas importa questionar, o quanto tais medidas recomendadas (a exemplo da triagem respiratória no portão) operaram como obstáculos no acesso aos serviços, pois o livre transitar nos CAPS, o CAPS “porta aberta”, às ações de estimulação para constituir uma vinculação e referenciamento, não somente para cuidado em saúde, mas também para os apoios necessários, foram impedidas.

4.1.1.5 Desaparecimento de ações da Atenção Básica e de Unidades de Urgência e Emergência, desintegração da RAPS e consequente cuidado centralizado no CAPS.

Destaca-se aqui a essencialidade da RAPS, na concretização do cuidado no meio comunitário, em que a articulação entre os serviços deve ocorrer para assegurar ações preventivas, redutoras de danos, de inserção social, acompanhamento longitudinal, integral e da atenção às emergências. Nesta circunstância, anseia-se que haja a corresponsabilidade entre as equipes do CAPS, das Unidades de Emergência e Unidades Básicas de Saúde, na condução dos acompanhamentos, ampliando assim a capacidade resolutiva das problemáticas encontradas.

No entanto, em consonância, com os relatos dos profissionais participantes da pesquisa, no auge do caótico cenário “covídico”, os serviços da Atenção Básica de Saúde, voltaram seus atendimentos para atender pessoas infectadas ou com suspeita de contaminação pelo coronavírus, em detrimento das outras demandas e equitativamente os serviços de urgências e emergências (Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais) passaram a priorizar ou o grande contingente de pessoas suspeitas, contaminadas, ou com quadros de maior gravidade por covid. Diante deste cenário, os trabalhadores atribuíram a estes fatores, o aumento de demandas nos serviços de Saúde Mental, bem como, a ocorrência de ações de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, unicamente desempenhadas dentro do CAPS e apontaram a consequente desassistência em Saúde Mental pela RAPS:

(...) o centro de saúde focado em COVID desassistiu bastante nossos usuários. (CAPS AD III).

Assim, às vezes eles (UBS) estavam muito tomados com o cuidado das pessoas com que estavam com coronavírus e a saúde mental às vezes ficava um pouco com essa porta fechada também. (CAPS III).

(...) eu sinto também que a gente acaba absorvendo uma demanda maior porque várias vezes a gente discutia a dificuldade da rede no auge da pandemia de absorver a demanda de saúde mental. (CAPS III).

Isso era muito claro... assim a gente foi tendo uma sensação de que chegava muito mais casos, mais casos que a gente teve que cuidar aqui, mas pela dificuldade da rede de absorver esses casos (...) a

gente acabava acompanhando. A gente teve esse efeito assim (...) sobretudo dessa coisa da demanda. (CAPS III).

Apesar do CAPS ser o serviço estratégico para assegurar cuidado a pessoa com graves sofrimentos psíquicos e originalmente possuir o papel de substituir os hospitais psiquiátricos, impreterivelmente se faz necessário também as ações dos demais serviços, em que conjuntamente, articulados e comunicantes, devem realizar distintas ações.

Entretanto, a pandemia impôs às equipes da Atenção Básica, a desobrigação do exercício de ações gerais (prevenções, pré-natais, atenção às doenças crônicas, etc.), o que ocasionou a fragilização desta atenção⁵⁵ e a exaltação de procedimentos protocolares.

Interessa mencionar, que a Atenção Básica de Saúde, frequentemente esteve imersa em campos de disputa quanto aos artifícios de cuidar, de um lado, em consonância com Merhy et al.⁵⁵, inserção em “modos coletivos de produção do cuidado em saúde que só podem existir com a possibilidade dos encontros e na presença intensiva das equipes nos territórios de vida das pessoas” e do outro, “práticas que priorizam o saber biomédico e suas tecnologias duras e leve-duras: protocolos, rotinas, diagnósticos, terapêuticas e fármacos” com intervenções hegemônicas, isoladas, pautadas na doença⁵⁵. Isso posto, observa-se que a pandemia, apenas favoreceu, com que a Atenção Básica, pouco desempenhasse processos de subjetivação e produção da vida no território, bem como, pouco se apropriasse de tudo aquilo que exige o empenho de tecnologias leves.

Apesar das equipes participantes, apontarem que a rede, durante a pandemia, não absorveram toda a demanda cabível, impondo com que os CAPS atendessem todas as questões de Saúde Mental, verifica-se conforme Campos e Gama¹¹¹, referente a AB, que a ausência de diretrizes advindas do Ministério da Saúde, assim como o despreparo das equipes, as débeis condições de trabalho, dentre outros, frequentemente geraram dificuldades para se atender as demandas de Saúde Mental.

Já o estudo realizado por Sampaio e Júnior¹⁸⁶, aponta que mesmo com a expansão da RAPS, a insuficiência de pontos de atenção apresentou-se como corriqueiro, associado a falta de acesso. Os mesmos observaram também outras adversidades, como: a existência de fragmentação da rede, centralidade em especialismos, dificuldade de comunicação entre serviços, falta de fluxos

estabelecidos e consequente fragilização na coordenação do cuidado, com limitadas ações intersetoriais.

A cultura hegemônica tradicional, a tendência pelos especialismos, as formações/graduações tecnicistas e biomédicas, a reduzida oferta de processos de educação continuada e permanente, associadas à quantidade insuficiente de profissionais, sucateamento do SUS e tantos outros fatores não citados aqui, evidenciam os inúmeros desafios que limitam o caminhar do indivíduo pela RAPS. Entretanto, há que se questionar, quais foram os mecanismos adotados para fortalecimento da RAPS nesta pandemia? Sobressai ao longo da história o subfinanciamento, o desinvestimento e a impossibilidade de se construir a necessária complexificação das tecnologias de cuidado que formassem redes vivas. Situação agravada diante das transformações políticas atuais contrárias à Reforma Psiquiátrica.

4.1.1.6 Remédio como principal estratégia de cuidado: a eclosão do ambulatório? Da patologização à medicalização?

A psiquiatria arraigada, progrediu a partir de meios medicalizantes, logo, rotineiramente usa a combinação de diferentes medicamentos para promover tratamento. Ao longo da história diferentes funções e objetivos foram atribuídos a esta estratégia, ora para controlar corpos e suprimir sintomas, ora para atender interesses financeiros diversos e outros⁵⁶. Assim, de modo geral, os remédios além de instrumentos terapêuticos são bens de consumo e conforme Lima⁵⁷, trata-se de uma resposta social relacionada à saúde da comunidade contra reações patológicas em que no contexto pandêmico fica bastante evidente.

A inobservância de possibilidades de atuação inicialmente nos serviços de Saúde Mental, sob a lógica de concretização de protagonismos, autonomia de vida e inserção social, diante da pandemia e suas restrições recomendadas, impôs a princípio o desenvolvimento de poucas estratégias para promoção do cuidado, já que muitas estavam suspensas.

Segundo relato dos profissionais, priorizou neste ensejo as consultas médicas, prescrições medicamentosas e trocas de receitas e para tanto, inclusive se remodelou a organização dos serviços, a fim de garantir que todos retirassem seus

remédios com segurança e para aqueles que não retiravam suas medicações os atendimentos ficaram cada vez mais espaçados.

As equipes compreenderam que houve o agravamento das questões acerca da medicalização dos atendidos e o evidente retorno a uma lógica ambulatorial (agendamentos de consultas, atendimentos pontuais e outras) nesta fase, todavia, justificou-se o fato pela impossibilidade de realizar ações coletivas, em que o remédio tornou-se a aposta principal para o cuidado.

A centralidade na medicação exposta, tornou-se o recurso imprescindível, e levar as medicações no domicílio tornou-se rotina, associado ao propósito de verificar como os pacientes estavam.

As indicações acima se deram de acordo com o referenciado pelas equipes:

(...) basicamente ficaram na troca de receita....Se agravou essa coisa de a medicalização do atendimento... Basicamente remédio, remédio, remédio... já que não podia fazer grupo, não podia tá aqui....alguns pacientes com equipe, basicamente era retorno pra troca de receita. muitos também querem só o remédio. Querem só o remédio, é só o remédio, as que jogam todas as suas fichas no remédio. (CAPS AD).

Acho que a gente falou muito do atendimento, mas acho que muito tempo também o cuidado ficou restrito a medicação.. Pra muitos pacientes...aquelas que não iam buscar a medicação, os atendimentos ficaram cada vez mais espaçados.. então acho que a centralidade da medicação aí foi uma coisa também, que mudou nesse período. E era uma coisa mais ou menos assim, meio que da medicação não se abre mão...A gente fez toda uma remodelação mesmo do serviço pra garantir que as pessoas pudessem vim retirar medicação com segurança. Então a gente tinha profissionais destacados pra entregar a medicação, uma coisa que não tinha anteriormente. (CAPS III).

Teve interrupção nas atividades e aí iam nas casa pra levar o medicamento e ver como que basicamente como que os pacientes estavam.(CAPS III).

Era só consulta mesmo (...) Uma lógica bem ambulatorial. (CAPS AD III).

Apesar da priorização do recurso medicamentoso, ter sido apresentado pelos profissionais participantes, como algo que surgiu devido às mudanças provocadas pela pandemia, observa-se, que embora os CAPS tenham originalmente a missão de romper com a racionalidade médica e combater efeitos cronificantes e medicalizadores, sempre existiram dificuldades para tal. Yasui²¹, corrobora com a afirmação, quando apresenta os desafios da Reforma Psiquiátrica, encontrados em

sua trajetória,

Com mais frequência do que gostaria, encontro uma organização dos processos de trabalho que ainda se norteia pelo modelo hegemônico da racionalidade médica, centrada nos fenômenos patológicos e no ato prescritivo. A presença do psiquiatra e os seus atos determinam a dinâmica e a estratégia terapêutica, via de regra, medicamentosa. (Yasui²¹).

Logo, este modelo hegemônico tradicional, centrado na figura do médico e do remédio, sempre estiveram presentes na prática, disputando espaço para continuar a existir e em um contexto em que se encontrou poucas possibilidades de inserção e atuação no território, a alternativa encontrada foi direcionar (ou retornar) o cuidado para a clínica individual, com ênfase nas prescrições em detrimento da subjetividade, singularidade e experiências da vida.

E veridicamente, esta concepção restitui uma lógica ambulatorial, em seus aspectos originais, tradicionais, conforme crítica apresentada por profissional participante. Vale lembrar, que o funcionamento de ambulatórios se davam em consonância com ações de Hospitais Psiquiátricos e limitavam-se a efetivar meios para suprimir sintomas e quando não se era possível calar tais sintomas, encaminhava-se para internações em manicômios, de forma que, suas atribuições pautadas na doença e em determinações biológicas, focavam-se em complementar a internação asilar, funcionando como um serviço alternativo, que definia o dito normal do louco, promovendo prescrições excessivas, dependência, reagudização, num continuum ciclo⁵⁸.

Em consonância com a operacionalização do ambulatório, importa resgatar aqui que, centralizar intervenções exclusivamente na perspectiva da doença e em seus aspectos biomédicos, foi prerrogativa generalizada para todos os serviços da rede na pandemia, em que conforme Seixas et al.⁵⁹, a assistência para pessoas com covid e todas as outras problemáticas de saúde, enfocaram o manejo no corpo doente (leito, exames, equipamentos para suporte adequado de vida, medicamentos) e na busca pela cura, ou pelo menos pela minimização de agravos⁵⁹, não sendo esta uma prerrogativa unicamente da Saúde Mental.

Aqui, importa discutir que a tendência à ambulatorização é fortalecida pelas próprias políticas de saúde e suas exigências burocráticas, que dia a dia impõe que profissionais de saúde quantifiquem procedimentos, alimentem sistemas

de informação, cumpram metas e indicadores e executem outros fatores correlatos (protocolos, procedimentos operacionais, etc.) que inserem os CAPS em processos mais burocratizados em detrimento de processos mais humanizados, logo, medicar é a alternativa mais possível, frente às exigências.

Todavia, para um serviço que é qualitativo (como o CAPS), a quantificação e a protocolização tornam-se incongruente e limitante, já que o CAPS não se reduz a cumprir regras, normas e protocolos, pelo contrário, o CAPS deve ser inventivo em suas práticas, para alcançar os objetivos que lhe cabem, do contrário está fadado apenas a remediar e cronificar.

Tal debate contribui para se perceber o quanto uma Política Pública pode estar em discordância com as propostas de cuidado. Entretanto, ressalta-se que políticas não podem estar dissociadas da clínica proferida no serviço, já que é a clínica que determina a direção e a condução da assistência proposta. Neste caso, fica evidente que a clínica ampliada diverge da lógica protocolar, já que culmina na execução de alternativas mais fáceis que favorecem o cumprimento da burocratização, como exemplo, a medicalização.

Aqui vale refletir, acerca das razões pelas quais, as propostas das políticas contra a reforma psiquiátrica reivindicam o retorno à lógica asilar e medicalizante. Neste ensejo, não se pode esquecer, que neste país há o predomínio de uma visão neoliberal ligada a uma visão capitalista, que tende a priorizar o lucro, mercantilizar a saúde e colocar as margens aqueles considerados de menor valia. De modo que, medicalizar pessoas intencionalmente, contribui para enriquecer indústrias farmacêuticas, atendendo a propósitos lucrativos e de exclusão pela cronificação e isolamento⁶⁰.

No que se refere a isso, há que se relacionar, debater e questionar, como o pandemônio governamental incide na medicalização da vida, especificamente o contexto do “carnaval da Cloroquina, Azitromicina e da Ivermectina”. Num determinado momento, atribuiu-se para estes remédios, uma finalidade preventiva contra o coronavírus, entretanto, nenhum destes possuía comprovação de eficácia, nem indicação para o tratamento da doença. Além do mais, distribuiu-se milhares de exemplares dos comprimidos em questão, para a população, em um momento de grande desconhecimento sobre a covid, em contrapartida, criou-se barreiras para que houvesse vacina e vacinação contra a doença⁶¹.

Importa expor que as indústrias farmacêuticas tornaram-se potências industriais, intervindo assim nas políticas de saúde e promovendo intencionalmente o crescimento da ideia de doenças na população e em várias circunstâncias propagam, enquanto estratégia de venda, alertas acerca da importância do controle dos riscos, prevenção e tratamento, sendo a Saúde Mental uma área próspera neste contexto, já que não há testes objetivos para detectar um transtorno mental⁶⁰.

Conforme Sanches⁶⁰, é preciso alertar que as medicações não são inócuas, por mais que se tende naturalizar e dar a impressão de que medicamentos não possuem riscos, em geral estes são repletos de efeitos colaterais, por exemplo, no caso da Hidroxicloroquina e das outras medicações indicadas no tratamento da covid-19, pesquisas foram demonstrando a precipitação de efeitos colaterais⁶⁰. Já no âmbito da Saúde Mental, a super medicação, encarcera o sujeito em uma nova alienação¹⁸⁷, cronificando-o.

Nesta perspectiva, a direção do tratamento a ser despendido aos indivíduos, não pode ser a doença, a assistência curativa e somente a intervenção medicamentosa, pois, conforme referenciado por Ivan Ilich⁶², às experiências do sofrer aludem a dores. Dor enquanto vivências advindas do contexto sociocultural, das estruturas econômicas, das características sociais, das crenças e concepções de mundo. Dores, estas que possuem múltiplos significados e compreensões, mas que perturbam, desnorream e requerem diferentes formas de aporte. Entretanto, em um meio onde só há patologização, o indivíduo tende a não encontrar outras alternativas, a não ser o tratamento médico e a sedação das dores e do corpo⁶².

Então, o tratamento proposto pela saúde, pode introduzir a outra diversidade de problemas de saúde, destacando a capacidade iatrogênica da assistência prestada, desdobradas em:

latrogênese clínica, que se constitui nos danos ao indivíduo ocasionados pelo uso da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica. A segunda seria a latrogênese social, referente ao efeito social danoso do impacto da medicina, que gera uma desarmonia entre o indivíduo e o seu grupo social, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio, expropriação da saúde enquanto responsabilidade das pessoas e disseminação do papel de doente como comportamento apassivado e dependente da autoridade médica. E, por fim, a iatrogênese cultural: a destruição do potencial cultural para lidar autonomamente com boa parte das situações de enfermidade, dor e morte. (Tesser⁶²).

Contudo, é preciso destacar que tais processos iatrogênicos culminam em gerar dependências, destruindo a autonomia do sujeito, o que impossibilita o indivíduo de encontrar alternativas ativas em seus processos de cuidado⁶².

Vale dizer, que não há oposição quanto ao uso de medicações, desde que coerentemente,

O importante é pensar que os medicamentos não devem retirar das pessoas as experiências do viver. Essa experiência, embora nem sempre seja agradável, é o que faz com que o indivíduo se conheça cada vez mais e melhor. Essa experiência traz ao sujeito a consciência de que ele não é constituído sem conflitos, sem angústias e sem limitações. Conhecendo seus limites é que ele poderá buscar alternativas de vida para lidar com eles. (Sanchez⁶⁰).

É prudente destacar aqui, que conforme apresentado acima, há variadas formas de instituir a psiquiatria tradicional, especialmente a estruturação ambulatorial, fato que requer traçar propostas para promover a superação. Assim, é preciso enfatizar que a Assistência deve envolver outras estratégias de cuidado, uma vez que, conforme ressaltado por Yasui²¹, quanto mais diversidade e quantidade de ferramentas, maiores serão as alternativas para o estabelecimento de propostas de cuidado adequados à complexidade do ser. Igualmente, conforme Gama et al.⁶³, deve-se adotar ações que gerem sentidos e significâncias para os sofrimentos mentais, produzindo ampliações de relações do indivíduo, tornando-os protagonistas de suas vidas.

4.1.1.7 Emergências em emergência: atenção a crise e a inexistência da reabilitação psicossocial?

Imperiosamente está para a RAPS e especialmente para o CAPS atender situações de crise em Saúde Mental. Para tanto, é preciso o abandono de perspectivas hegemônicas, biomédicas, para atuar conforme perspectivas da Reforma Psiquiátrica, assegurando assim na crise, manutenção dos vínculos, construção de novas redes de relação e a reabilitação psicossocial⁶⁴.

Contudo, segundo apresentado pelos profissionais participantes da pesquisa, os CAPS, apesar de já realizarem ações de atenção à crise cotidianamente, passaram a privilegiar situações de emergências, de maneira que, a

crise passou a receber atendimento em detrimento de outras demandas, o que gerou a sensação de que o cotidiano do CAPS, resumia-se a resolver as urgências diárias, ou seja, somente “apagar incêndios”. A alegação usada pela equipe, acerca do fechamento de tudo (serviços e dispositivos de cuidado) e a ausência de possibilidade de execução de outros dispositivos de cuidado internos, parece remeter a uma possível justificativa para o desenvolvimento especialmente desta ação, fundamentando (mesmo que subentendido) que inexistiam outras possibilidades:

Eu acho que a gente estava lidando naquele no primeiro auge ali com emergência... literalmente.... Então foi apagar fogo mesmo literalmente. (CAPS AD III).

(...) eu acho que ficou um pouco voltado assim na crise mesmo né.... aquela história de enxugar gelo... e fazer o que é possível como que se tem. (CAPS III).

(...) se não tem nada (Serviços) a gente trabalha mais com urgência e emergência mesmo, crise aguda. (CAPS II).

A atenção a crise,...não mudou, né? Uma coisa que só.... que quando fecha tudo a gente só fica com a atenção a crise, com a saída das permanência dia. (CAPS III).

Igualmente, a indicação por parte dos profissionais, acerca da falta de medicações para manejo da crise, pressupõe e retoma qual é a principal ferramenta utilizada neste contexto: medicação. Inclusive se estabelece que na ausência de remédio, não há possibilidade de conter uma crise, inferindo que a ação apropriada neste contexto é a sedação, consonante ao exemplo citado:

Fora a falta de medicamento. Não tem haldol... falta de medicação. Medicação pra fazer uma contenção às vezes...não tem como fazer...se está em franca crise de agitação psicomotora não dá pra conter se não tiver medicação pra sedar. (CAPS AD III).

Foi proferido também pelas equipes participantes, que as ações cotidianas dos CAPS, passaram a focar-se em procedimentos nucleares, principalmente nas categorias de médicos e enfermeiros, bem como, de atenção privilegiada para aqueles inseridos no leito ou em cuidado intensivo, fato que promoveu o exercício excessivo de ações intra CAPS. Os profissionais compreendem que a atuação passou a atender outro modelo de atenção, que não o psicossocial, conforme mencionado pelos trabalhadores:

E aí no começo era só pra enfermagem...E aí assim, a pessoa vai estar no leito, só vai enfermagem entrar. (CAPS AD III).

(...) a gente acabou ficando muito pra dentro do CAPS.... todo mundo de algum jeito eh... muito ensimesmado sobre o leito..... a gente ao contrário dos outros serviços que não tem leito....Eh acho que a gente ficou muito pra dentro assim muito com a coisa do leito. (CAPS III).

...assim a gente continuou trabalhando num outro modelo, mas, eh... não deixando de atender a crise em si...(CAPS III).

Por conseguinte, por meio dos relatos dos participantes, identificou-se que os profissionais não consideravam a atenção à crise uma forma de reabilitação psicossocial, já que expuseram que as ações pautaram-se na crise em detrimento da reabilitação psicossocial, em que, ou se atendia a crise, ou se realizava reabilitação, sendo portanto, coisas distintas, opostas, não pertencentes ao mesmo propósito e naquele contexto não caberia o reabilitar, visto que não se era possível realizar atividades coletivas, nem ações intersetoriais, ou seja, os profissionais compreendiam que reabilitar psicossocialmente, seria a realização de grupos e articulação com a rede:

(...) um pouco disso de ter ficado talvez centralizado muito na crise...Mas esse processo mesmo de reabilitação psicossocial eu acho que é um processo que será retomado até porque... não tinha como fazer os grupos (...) fazer algumas articulação com a rede. (CAPS III).

Por meio dos relatos citados acima, observa-se que as equipes compreendiam as situações de crise, somente nos moldes da clínica médica, cuja atenção emergencial se justifica, pela intensidade, periculosidade e gravidade dos sintomas apresentados pelos usuários, aludindo, pois, tratar-se de situações de risco à vida. Dentro deste prisma, fornecer ações imediatas, protocolares, urgentemente para estabilizar o quadro, evitar agravos e até mesmo a morte, mostram-se como cruciais⁶⁶. Tal noção, atende a preceitos de emergências e urgências no âmbito geral da saúde, equiparando-se a clínica de demandas orgânicas, com as de Saúde Mental. Esta concepção, vislumbra resgatar o equilíbrio e a estabilização, em que se estabelece intervenções individuais, como a utilização de fármacos, contenção e internações, logo, prioriza-se a atenção médica e eventuais internações asilares⁶⁶.

Conforme citado por profissional participante, houve uma mudança de lógica na rotina dos serviços, em que as práticas remetiam ao modelo asilar, com

sua ênfase em determinações orgânicas, cumprindo o paradigma doença-cura. Neste sentido, inevitavelmente houve a predominância de prescrições medicamentosas, visto a indispensabilidade do uso de medicações, bem como, o assentimento de ambientes e propostas terapêuticas invasivas⁶⁵ e na ausência destes meios, não enxerga-se outras possibilidades assistenciais.

É relevante retomar, que os profissionais ressaltaram a sensação de “apagar somente incêndios” e “enxugar gelo” diariamente nos serviços, ou seja, demarcaram a impotência do trabalhador frente aos processos biomédicos estabelecidos, que priorizavam a atenção a emergências e os contínuos esforços inefetivos e irresolutos dos mesmos para contingenciamento. Acerca disso, Cardoso e Monteiro⁵⁸, afirmam que o ciclo imposto pelo modelo asilar, está amplamente relacionada a psiquiatria arraigada, de maneira que, “quando seu único objetivo é a eliminação dos sintomas, suas únicas ações são retirar os pacientes da crise e monitorar os momentos estáveis na tentativa de evitar novas crises”⁵⁸, deste modo, a prática cotidiana embasada em ações de urgência e emergência dentro de um CAPS, podem inviabilizar ou ao menos estão na contramão do reabilitar e programar propostas na lógica da subjetividade, da atenção integral e do cuidado efetivo.

Ampliar a compreensão sobre a Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial, faz-se primordial para desmistificar entendimentos equivocados dos trabalhadores, expandindo possibilidades de propor estratégias interventivas que incorporem diferentes dimensões de cuidado, incluindo o atendimento de crises segundo premissas da Atenção Psicossocial e reabilitando psicossocialmente aqueles que vivenciam a crise.

Conforme Morato⁶⁷, a Atenção Psicossocial, alude ao percurso histórico de transformações da atenção em Saúde Mental, logo, refere-se a conceitos, valores, teorias e políticas que materializam e sustentam o campo e a lógica proposta, ou seja, a Atenção Psicossocial configura um campo capaz de reunir e conceituar as práticas substitutivas ao Modelo asilar, possibilitando a inclusão de inovações¹³⁸.

Ao passo que, Reabilitação Psicossocial é o que efetivamente estrutura ações de cuidado, em que dispositivos substitutivos aos do modelo asilar devem ser utilizados, tais como: atuação em rede de cuidados, o agir no território, acolhimentos, ações que abarque a subjetividade e a realidade social do indivíduo e também, ações que ampliem trocas sociais, sociabilidade, participação e todas

outras que assegurem assistência em liberdade e protagonismo de vidas. Por consequência, a centralidade da Reabilitação Psicossocial está na pessoa que necessita de cuidado e seu objetivo é incluir a pessoa na vida, na comunidade e na sociedade. Sendo este um processo de agir que deve acontecer, preferencialmente fora dos CAPS, já que vislumbra propiciar vida social, cidadania, rompimento de estigmas e o trânsito pelos espaços do território⁶⁷.

Apesar dos profissionais participantes da pesquisa, tratarem a atenção a crise e a Reabilitação Psicossocial, como questões distintas, impossíveis de ocorrer simultaneamente e com desdobramentos diferentes, enfatiza-se que as concepções da Atenção Psicossocial, se refere a uma lógica, a uma política instaurada: a da Reforma Psiquiátrica e que portanto, carrega diretrizes, propósitos e valores próprios, utilizando dispositivos específicos de intervenção, conforme mencionado acima. Assim, os modos de atender a crise, devem substancialmente seguir as premissas da Atenção Psicossocial, para atingir o objetivo supremo deste modelo, não podendo ser coisas opostas ou concorrentes. A atenção à crise vitalmente precisa fazer parte do processo do reabilitar psicossocialmente.

Nesta conjuntura, a assistência nos momentos de crise, se apresenta como um aspecto delicado e difícil de lidar, sendo a forma de manejo na prática diária dos serviços, que revelam o engajamento em uma lógica preceptora do modelo asilar, biomédico ou se efetivamente consolidam modelo de cuidado em saúde mental psicossocial, contudo, apesar de ser a crise, o evento responsável por emanar estratégias potencialmente substitutas ao isolar no manicômio, muito ainda requer construção neste propósito⁶⁷,

Isso porque, considera-se que a condução e o cuidado “satisfatórios” da crise, realizada a partir da inventividade necessária na articulação entre os distintos dispositivos territoriais da rede para o manejo de cada situação singular, é o que atesta e confirma na prática a não necessidade dos hospitais psiquiátricos e de todo seu aparato manicomial. (Morato⁶⁷).

Portanto, o manejo das situações de crise determinam a amplitude da resposta psicossocial ao sofrimento psíquico, bem como, a capacidade de efetivamente se promover a desinstitucionalização, a desospitalização e a desmedicalização. Assim, cabe ao CAPS, a RAPS e toda a rede intersetorial, consolidar a atenção à crise, no paradigma psicossocial. De modo que, se não houver ofertas da rede, para as condições de crise, haverá o enveredamento na

centralidade de ações médicas no CAPS, cujos dispositivos se tornam impotentes, produtores de um ciclo excludente e sem vida⁶⁷.

Neste contexto, as ações na crise, precisariam não tender a uniformização, mas, atuar conforme as singularidades, objetivando integrar a pessoa nesta condição à suas relações⁶⁴, logo, a intervenção propicia deveria destinar-se a auxiliar o indivíduo a atravessar este momento conservando sua continuidade existencial e histórica, podendo ocorrer em qualquer lugar, nos lugares em que a vida acontece, com vistas a assegurar os vínculos e construir novas rede de relações de aporte⁶⁴.

A questão que se coloca é, como promover atenção à crise no âmbito psicossocial no contexto pandêmico? E sobretudo, como concretizar tal atenção, no ensejo de tentativas de transformações das políticas de Saúde Mental e desinvestimento do Sistema Único de Saúde? Conforme explicita Morato⁶⁷, é desafiador instituir uma rede de serviços na lógica psicossocial que funcione em sinergia e do mesmo modo, o desafio se coloca para superar a lógica instituída, que atualmente se manifesta através dos grupos conservadores que tensionam para que haja o retorno de aspectos manicomiais.

Portanto, a incitação posta é justamente encontrar mecanismos que implantem e construam uma base de sustentação para a Reforma Psiquiátrica.

4.1.1.8 Desenvolvimento de ações baseadas nas necessidades do indivíduo.

Durante a pandemia, as equipes dos CAPS, foram se propondo a atuar segundo as necessidades diárias dos usuários, que incluíam mais do que pensar em diagnósticos e sintomas de transtornos mentais, incluía organizar o cuidado considerando a falta de alimentação, de maneira que, em algumas épocas os processos de trabalho abrangiam entregar cestas básicas e angariar doações, fato que despertou o questionamento nos trabalhadores, se tal ação representava assistencialismo ou não, entretanto, fazia bastante sentido para os mesmos a intervenção, como uma prática não externa ao campo da Saúde Mental. Atuar no sofrimento do momento, se fez necessário, uma vez que, considerava-se que a

ausência de comida já seria um importante sofrimento psíquico, conforme indicado por outros profissionais:

Tinha época que era nossa demanda era entregar cesta básica porque as famílias estavam com fome. (CAPS AD III).

(...) fornecer cestas básicas aqui, que era uma coisa que a gente rotineiramente não faz.... mas, por uma questão até da instituição, não só do serviço, assim, de eh,.. angariar doações e conseguir fornecer essas cestas básicas. A gente até discutia isso né? E recentemente sobre se seria assistencialismo ou não, mas, pra gente naquela hora fazia bastante sentido né? E assim os usuários estavam demandando. (CAPS III).

Tipo dar cesta básica é cuidar de saúde mental. Ter alimentação é cuidado em saúde mental. (CAPS AD III).

(...) quanto que a falta do que comer já é um sofrimento psíquico importante dessas pessoas. (CAPS AD).

Considerando a necessidade dos serviços do SUS ampliar e qualificar ações de promoção de saúde, evidencia-se a existência da Política Nacional de Promoção de Saúde-PNPS⁶⁹, proposta para articular diferentes políticas, em prol de promoção de ações ampliadas, na perspectiva de enfrentar determinantes sociais dos processos de adoecimentos.

Nesta conjuntura, conforme explicitado por Vianna⁷⁰, os profissionais de saúde ao prestar assistência a um indivíduo, família ou comunidade, precisam considerar quem são estas pessoas e quais são suas necessidades, assim promover saúde é também promover qualidade de vida.

Assim, se considerar que assistencialismo é dar assistência a pessoas carentes ou necessitadas, em detrimento de uma proposta que os tire destas situações⁷¹, verifica-se então a não ocorrência de assistencialismos nas ações praticadas pelas equipes e sim ações de cuidado humanizadas, embasadas pelas necessidades locais encontradas.

Portanto, coube aos profissionais, construir mecanismos para conceber a saúde no âmbito ampliado, em que estabelecer medidas de proteção, garantia de direitos e mínimos sociais, representaram assistência. Todavia, promover vida e saúde, superar amplos processos de precarização, extrapolam a atuação de profissionais de um serviço de saúde, sendo indispensável o exercício de ações intersetoriais, com vários outros atores, bem como, ações coordenadas governamentais.

4.2 PÓS VACINA: NOVO NORMAL?

As descrições desta parte da pesquisa, estão situadas no período de tempo compreendido de Janeiro a Agosto do ano de 2021, intervalo em que experienciou-se, testagens acerca da segurança de vacinas, índices de mortes no Brasil girando em torno de 500 mil, surgimento de novas variantes, colapso hospitalar em vários estados brasileiros (seja pela falta de suprimentos ou superlotação), mudanças de Ministros da Saúde, aprovação emergencial de vacinas pela ANVISA, início da distribuição de vacinas pelo país e campanhas de vacinação, entre outros fatores, que se estenderam até a previsão de produção de vacinas pela Fiocruz e Instituto Butantan⁷².

Importa mencionar, que o surgimento da vacina e o avanço nas campanhas de vacinação, mesmo que lentos e com suas diversas problemáticas e especificidades de cada região, representaram uma autorização para a retomada de um “pseudo normal”. Assim, no fim desta fase, a pandemia parece deixar de ter um caráter mais agudo e passa a ter características mais crônicas e apesar da sensação de normalidade, ainda se observava o surgimento de novos casos, mesmo frente a iniciativas do governo para camuflar o grande índice numérico de contaminados e mortos. Esta etapa evidenciou o surgimento de novas problemáticas de saúde e outras situações que se estendem para diferentes âmbitos da vida e consequentemente suscitaram impactos nos CAPS. Neste ensejo, os resultados encontrados foram divididos em categorias, apresentados em itens a seguir.

4.2.1 O aumento de pessoas com transtornos mentais?

O campo da Saúde Mental passou a ser fortemente convocado a lidar com as inúmeras implicações geradas pela pandemia, principalmente devido a intensificação de adoecimentos e sofrimentos psíquicos.

Conforme o relato dos profissionais participantes, neste período houve um aumento do número de pessoas nos CAPS, ou seja, depois da pandemia as pessoas passaram a buscar mais por atendimento, podendo ser em decorrência da

piora dos quadros de sofrimentos mentais, uso de drogas ou abertura de quadros de sofrimentos psíquicos iniciais. Destaca-se que as equipes denotaram que mesmo os casos acolhidos pela primeira vez, já chegavam com bastante gravidade, fato que gerava necessidade de intervenções, anteriormente não usuais, como já acionar o médico no ato do primeiro acolhimento, inserir em acompanhamento sistemático no CAPS, ou encaminhar para os serviços de Urgência e Emergência.

Deste modo, os trabalhadores participantes, afirmaram que as pessoas passaram a chegar nos CAPS, apresentando principalmente transtornos ansiosos, transtornos depressivos, questões com drogas, ideação ou tentativas de suicídio, além de que, observou-se a existência do agravamento das condições gerais de saúde devido a incidência de comorbidades.

Importa evidenciar, que os comportamentos suicidas identificados nos usuários neste período, foram intensamente citados pelos trabalhadores, ocorrência que em muitas circunstâncias exigia estratégias rápidas das equipes pelo potencial risco de morte. Do mesmo modo, referiu-se que invariavelmente o uso de substâncias psicoativas, era secundário a proeminência de sofrimentos psíquicos intensos, ou seja, a busca pelo serviços não se dava devido a questões com drogas, sendo esta apenas uma consequência, da causa principal, o sofrimento global.

O aumento da contingência de pessoas a serem atendidas nos serviços, em decorrência da pandemia, em conformidade com o que foi interpretado pelos profissionais, acarretou restrição de ações e atuação no limite do possível, em que ações de promoção deixaram de ser realizadas, bem como, piora da assistência prestada e conseqüentemente o surgimento de vários desafios diários para assegurar o exercício do cuidado, conforme descrito abaixo:

Eu acho que assim deu uma piorada na assistência, por essa questão de ter aumentado muito a demanda né... não sei acho que talvez a principal diferença é assim é...talvez seja está...Aumentou muito a demanda, muita procura... (CAPS II).

(...) Já chegam com ansiedade, angústia, num sofrimento que às vezes a gente acaba assim, vai, conversa com o médico(...) Vai atender, porque a gente percebe que tem uma urgência(...)Sim, porque antes da pandemia, eu não lembro de chegar um paciente pra acolhimento e passar com o médico, jamais.....Passava com alguém da equipe, a gente discutia, às vezes discutia no plantão, vamos conversar com o médico amanhã....E agora não, né? Agora não dá, não dá pra deixar assim e falar, vai embora. Não dá! Eu acho que a gente tem atendido muitos casos de por exemplo transtorno ansioso eh... o transtorno depressivo que são transtornos que

poderiam, não tá seguindo no CAPS, só que eles já vem de uma maneira muito grave, né? E também muitas tentativas de suicídio assim, né.(CAPS III).

Nossa demanda aumentou, a complexidade e gravidade do caso... dos casos aumentaram.... E aí do aumento do uso de substâncias também... (CAPS AD III).

A gente percebeu uma mudança nas demandas que chegam também, né? Então assim, vários acolhimentos novos com ideação suicida, com tentativas de suicídio, coisas que a gente não costumava fazer até por cuidado mesmo com a equipe, com a própria pessoa eh.. inserir um leito num primeiro acolhimento, acho que isso era uma coisa, era episódios raros que aconteciam antes da pandemia e a gente se viu fazendo isso numa dinâmica com maior frequência.... assim.... De um acolhimento inicial e já ser inserido no leito porque está numa complexidade de risco muito alto. (CAPS III).

Sobre o Cuidado em Saúde Mental: ...tá desafiador, Porque a gente tá com uma demanda grande....De atendimentos, assim....as pessoas que nunca tiveram atendimento na saúde estão se iniciando após o quadro pandêmico, né..eu tenho observado isso nos meus atendimentos...(CAPS II).

Eu acredito que aumentou, né? O uso do álcool, né? As pessoas estão mais deprimidas, né....Então acho que, do que eu percebo hoje já falando... que aumentou e assim a gente hoje além de lidar com a questão do álcool, a gente tem que lidar com a questão da depressão, da ansiedade né...Acho que é a questão da comorbidade, eu achei que aumentou também, mais riscos de suicídio, mais depressão. Eu vejo assim como eu estou no grupo eu vejo muita gente chegar assim deprimida, né? Nem a questão nem é o álcool e drogas, né? O álcool e drogas talvez seja uma consequência, não a causa de procurar. De procurar o serviço, mas, achei que as comorbidades depois da pandemia foi agravado. E aí a gente tem que colocar o paciente no serviços de urgências. (CAPS AD).

Os serviços estão muito mais sobrecarregados, muito mais ainda nas urgências de cada um, então assim a gente não consegue fazer algo mais de promoção assim não tem tempo...(CAPS AD).

Como observado, inevitavelmente os CAPS foram convocados a atuar, frente ao visível aumento de demandas, em decorrência da intensificação do adoecimento mental da população no âmbito geral. A complexificação dos casos exigiram atenção, muitas vezes emergenciais em detrimento de ações de proteção e promoção.

Começar a discussão acerca do uso de drogas isoladamente, pareceu ser um bom início didático, apesar da compreensão de que tal fenômeno está associado ao contexto geral, sendo atravessado por múltiplas questões da vida, pertencente ao

rol do sofrimento psíquico como um todo. Entretanto, vale refletir sobre o crescimento do uso de drogas e suas relações contextuais.

Há que se considerar que dentre as bizarrices do “pandemônio governamental”³⁵, houve a circulação de notícias inverídicas, afirmando que o uso de álcool seria uma forma de prevenção do coronavírus. Apesar da incomprovada relação entre o informe e a incidência, o fato gerou grandes preocupações, em que como intervenção, a OMS⁷⁴, emitiu informes, desmentindo as publicações, através da máxima: “Você não deve, em hipótese alguma, beber nenhum tipo de produto alcoólico como forma de prevenir ou tratar a infecção pelo novo coronavírus”⁷⁴, além disso, foram realizados esclarecimentos sobre os efeitos deletérios da substância, seja no organismo, na vida social, na incidência de violências, na intensificação do sofrimento psíquico e em tantos outros âmbitos, em que recomendou-se evitar o uso⁷⁴.

Oportunamente, importa dizer, que as motivações para o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas são multifacetadas e em uma pandemia, atravessada pela desordem governamental, ausência de políticas protetivas e preventivas e desinvestimento no SUS, associada ao predomínio mercantilista, fatalmente poderia ocasionar uso de risco de álcool, remédio ou outras drogas e neste sentido, o fenômeno pode ser nomeado de diferentes formas, seja iatrogenia, doença ou drogadição.

Deslocando a discussão para transtornos que não os relacionados com drogas, atendendo a aspectos didáticos também, já que os sofrimentos podem apresentar-se concomitantemente, efetivamente observou-se notícias, artigos e publicações, destacando a previsão da agravamento de processos de adoecimento. Igualmente, diversas fontes divulgaram e antecederam que uma eclosão de transtornos mentais, poderiam ocorrer enquanto reações da pandemia, inclusive o ministério da Saúde⁵⁴, discorreu acerca das principais razões, sendo: uma ação direta do vírus, uma problemática resultante de vivências traumáticas vividas, bem como, consequências decorrentes do estresse gerado pelas mudanças no dia a dia, dos agravos econômicos, das interrupções de tratamentos anteriores, da dificuldade de acesso a alguns serviços e a meios de ajuda⁵⁴ e Fraga et al.⁷⁷, acrescenta que trata-se de problemáticas advindas das informações duvidosas constantemente publicadas no início da pandemia e insuficiência de medidas terapêuticas preventivas e de controle.

Especificamente acerca da dificuldade de acesso, convém detalhar que a ampliação do uso de substâncias, transtornos mentais e os prejuízos diversos, também possuem relação com a redução de ofertas assistenciais vivenciadas, visto que, quanto menor o aporte de serviços, maiores serão os agravamentos⁷³. Assim, exclusivamente no âmbito da Saúde, conforme Gerbaldo et al.⁷³, a restrição do acesso a alguns serviços (UBS e Unidades de Emergência), que tiveram que priorizar a covid, podem também ter favorecido o aumento do contingente de usuários nos CAPS, visto que, houve dificuldade para a população acessar atendimentos médicos e encontrar alternativas para seguir em acompanhamento, ou mesmo procurar ajuda pela piora de seus sintomas, corroborando assim para agravamento dos quadros psíquicos.

Conseqüentemente, as antecipações noticiadas, consideravam que se não houvesse suporte adequado desde a primeira fase da pandemia, provavelmente as pessoas seriam acometidas por agravos psicossociais, como estresse pós-traumático, depressão, entre outros sofrimentos, bem como, poderia haver a cronificação de reações consideradas comuns⁵³. Logo, iniciativas preventivas e protetivas deveriam ser instauradas precipitadamente, já que:

Uma pandemia, como a COVID-19, implica em uma perturbação psicossocial que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar, inclusive, que a população total do país sofre um impacto psicossocial em diferentes níveis de intensidade e gravidade. (Noal et al⁵³).

Assim, seria imprescindível realizar avaliações acerca de possíveis consequências psicológicas, propor ações de promoção e de atenção psicossocial, estimulando ações de curto a longo prazo, como também, estabelecer outras medidas contingenciais, já que tais sofrimentos são multicausais e estão associados ao contexto de vida⁵³.

Como estratégia de enfrentamento, à Fiocruz⁵³, promoveu o cursos e publicação de materiais com recomendações e orientações em saúde mental, visando instrumentalizar profissionais e gestores, acerca de iniciativas para responder a pandemia”. Neste material, evidenciou-se a importância de disponibilização de informações adequadas, recrutamento e capacitação das equipes, preparação de grupos de apoio emocional, mapeamento das instituições e dos atores sociais estratégicos, avaliação das necessidades da população,

manutenção e estruturação do serviços públicos, apoio psicossocial on-line ou presencial, construção de redes solidárias, assegurar continuidade do acompanhamento, realização de ações de monitoramento de riscos, propor ações de formação para as equipes, atenção à saúde mental dos membros da equipe, fortalecimento de estratégias que promovam a vida, entre outras.

Recomendou-se também ações de apoio complementares, como: promoção de ações conforme a “pirâmide de intervenções em saúde mental e apoio psicossocial, instituído pelo Comitê Permanente Interagências - IASC”⁷⁹, que almejava fornecer ferramentas para trabalhadores e demais agentes humanitários para a promoção de respostas multissetoriais mínimas em situações de emergências sanitárias. Neste material, as principais orientações referiram-se à necessidade de estabelecer ações coordenadas entre saúde e proteção com participação de diferentes atores/parceiros, com vistas a instaurar mecanismos de cuidado coordenados intersetorialmente, proteção e direitos humanos⁷⁹.

Assim, investir em recursos humanos e capacitações, seria imprescindível, visto que, os profissionais precisariam estar munidos de conhecimento sobre formas de assegurar aporte psicossocial, para proteger a população atendida de riscos, violações, garantindo acesso e autonomia, bem como, para fortalecer ações no território e integrar serviços⁷⁹.

Igualmente, aplicar os primeiros cuidados psicológicos⁸⁰, estabelecer estratégias para minimizar as violências, discriminação e estigmas, prevenir e adotar ações frente aos prejuízos relacionados a álcool e outras drogas, seriam de fundamental importância⁷⁹.

Importa aqui, fazer um destaque acerca da essencialidade de medidas preventivas, em especial para comportamentos suicidas, já que unanimemente foi um fator apresentado pelas equipes como muito recorrente dentro dos serviços, nesta fase. Salienta-se que comportamentos suicidas são fenômenos complexos e multifatoriais, também podendo ser agravado em decorrência da pandemia ou outros fatores de risco⁵³. Por conseguinte, poderia-se adotar medidas universais (destinadas a toda população independente do risco), seletiva (para aqueles que apresentam algum risco) ou indicada (intervenção imediata para aqueles sob risco iminente), como por exemplo: ações governamentais para estabilidade financeira, ações de segurança pública, reforço às iniciativas de suporte e acolhimento, estabelecimento de ações de posvenção, campanhas de conscientização e outras⁵³.

4.2.2 Transtornos Mentais ou Sofrimento Social?

As situações impostas pela pandemia, foram diversas, incluindo os impactos para a Saúde Mental da população, em decorrência das perdas, mudanças no cotidiano, tristeza, solidão e outras. Deste modo, se tais apresentações forem consideradas como questões de Saúde Mental, corre-se o risco de patologizar, “psiquiatrizar” e “psicologizar” questões sociais.

Neste ensejo, importa discorrer sobre o termo sofrimento social, definido conforme o GATE⁸², como:

vivência de sofrimentos pessoais que têm correlação direta com situações e questões sociais; a ideia de sofrimento social envolve, conceitualmente, uma dimensão do que é a experiência de sofrimento vivida no âmbito íntimo e pessoal, e uma dimensão do que é do âmbito público e coletivo. (GATE⁸²).

Assim, situações de emergências sanitárias, acentuam ou geram demandas, concernentes a sofrimento social e/ou problemas de Saúde Mental, fato que requer um olhar macro e uso do referencial dos determinantes de saúde, para estabelecer intervenções⁸².

Partindo desta premissa, conforme relato das equipes participantes, fica evidente a percepção destes, sobre a relação existente entre e sinais e sintomas de sofrimentos psíquicos e situações de vulnerabilidade social. Em que quadros depressivos, crises de ansiedade, comportamentos suicidas e outros, foram evidenciados e em muitas situações justificados pela ausência de moradia, emprego, fome e outros. Neste sentido, os trabalhadores realizaram pontuações acerca das dificuldades em lidar com a precarização social que passou a se apresentar no cotidiano dos serviços e conforme os mesmos, expressavam-se como forma de adoecimento, o que inevitavelmente aumenta o contingente de pessoas a serem atendidas.

As pessoas estão mais deprimidas, né? Pelo fator do medo que a pandemia trouxe, questões sociais, muitas pessoas perderam o emprego, né? Perderam casas, o acesso à alimentação hoje pra muitas famílias tá muito difícil, o preço das coisas estão altos e as pessoas não tem condições, não tem emprego, né o básico. (CAPS AD II).

E o que eu mais sinto dificuldade no trabalho mesmo nesse contexto assim, é de como lidar com as questões sociais da população... Que vão se expressar em adoecimento.... então o teu emprego, a violência, a fome é que vem atingindo o serviço de saúde.. E acho que aumentando mais a demanda dos serviços de saúde por questões que são sociais. (CAPS III).

crise de ansiedade desencadeado por perda do trabalho ou depressão, num quadro de depressão eh... isto também é pra pensamento suicida, eh... realmente isso é uma coisa que a gente vê(...) Essa condição econômica vai impactando no território assim né que a gente vai notando. (CAPS III).

Fica bem claro assim(...) pra quando a gente está na triagem, tem gente que diz: Não (...) eu estou (...) estou deprimida por isso, pela falta de emprego, pela fome..por não ter comida em casa, por ter três filhos. (CAPS III).

O IASC⁷⁹, salienta que problemas de Saúde Mental geralmente estão associados a questões psicossociais, podendo ser originalmente social, psicológica ou ambas. Em que aspectos unicamente sociais, incluem a existência prévia de situações como: extrema pobreza, discriminação, marginalização, opressão, redes sociais rompidas, entre outras. Já os problemas unicamente de natureza psicológica, são aqueles em que havia uma questão pré existente, podendo ser transtornos mentais ou abuso de substâncias. Entretanto, com o evento da pandemia, tem se observado, enquanto impacto, abalos emocionais, tristeza, medo e tantos outros fatores que permeiam entre sofrimento psíquico, social, ou a intersecção dos diferentes sofreres, o que demarca a indivisibilidade do sujeito, seus processos de adoecimento, suas condições de vida e suas relações.

Importa aqui, retomar aspectos acerca das determinações sociais dos processos de adoecimento e suas relações com o emblemático aumento de pessoas em sofrimento psíquico na pandemia, para destacar a importância dos comportamentos e sinais apresentados pelas pessoas, serem compreendidos e manejados na perspectiva da clínica ampliada.

Todavia, em várias publicações sobre o assunto, bem como, nos próprios relatos dos profissionais participantes, evidencia-se que em geral, utilizou-se uma linguagem que remete a doença e seus aspectos médicos, para designar um sofrimento, cuja causa essencialmente tem a ver com as condições de vida do momento. Uma interpretação possível desse fato, remete a consolidação da lógica hegemônica tradicional, que tende a negar que comportamentos, sinais e sintomas, podem representar uma reação ao contexto experienciado⁹⁵.

Neste sentido, Whitaker⁹⁶, demarca que as pessoas estão sofrendo na pandemia e este sofrimento está sendo classificado como supostos sintomas de doenças mentais, de maneira que, o que seria esperado neste contexto, está sendo apresentando como uma patologia.

Pensar frequentemente em morte, sentir tristeza ou ansiedade, são fatores que poderiam apontar transtornos mentais, mas, no cenário da pandemia, podem também significar reações advindas de experiências custosas vivenciadas. Sendo assim, é preciso cautela para “não patologizar” essas reações⁹⁵. Vale destacar, que patologizar,

É a lógica reducionista da condição humana a um preceito biológico normalizador. O enquadramento biológico, que por si só é nefasto, transforma problemas de ordem política, social e cultural em problemas individuais. As concepções da vida, na sua plenitude, os preceitos pedagógicos, todos são transformados em problemas biológicos. Aquilo que de fato é biológico é potencializado para ser um limitador da experiência humana. Cria-se nessa dinâmica faixas de enquadramento e atuação por antecipação. A normalização antes justificada pelo paradoxo normal e anormal é agora inscrita no pré-processo: o temor de se tornar anormal é uma busca contínua para a manutenção da normalidade ou a reversão do processo de anormalidade. (Benincá e Moreira⁹⁷).

Garcia et al.⁵⁶, contextualizando o momento, expõe que diante de situações de ameaças e desproteções, as mudanças em padrões de alimentação, sono, imersão em sentimentos de culpa, raiva, medo e inefetividade, são esperadas e comuns. Por conseguinte, é danoso simplificar e reduzir comportamentos humanos, unicamente a perspectiva diagnóstica, em que interpretar todas as questões do ser como doença, representa uma atribuição de significância para as experiências vividas, que negam contextos e condições de vida⁶², entretanto:

Vivemos hoje na sociedade brasileira o fenômeno da ‘medicamentação do comportamento’. Problemas que antes eram tratados em sua complexidade, e singularidade, hoje são apresentados como doenças, déficits ou transtornos. Uma vez classificado como ‘doente’, o indivíduo torna-se consumidor dos mais variados medicamentos, que visam ‘consertar’ o suposto desvio. Mas até que ponto a promessa de soluções rápidas para problemas como tristeza, medo e falta de atenção, por exemplo, podem ser resolvidos através da administração de medicamentos? (Canal Fiocruz⁹⁸).

Vale a discussão, para que não se incorra no erro de atribuir diagnósticos indiscriminadamente, já que este se tornaria exclusivamente um trunfo para medicar,

vigiar, punir, controlar vidas por meio do poder médico, fortalecendo assim, o ciclo da medicalização social e a da mercantilização da saúde, fato que conforme Tesser⁶², remete-se a medicina industrializada, ou seja, uma empresa com fins lucrativos, transforma comportamentos humanos em mercadorias diagnósticas, para gerar lucro, fortalecendo assim, a indústria médica em detrimento da real saúde das pessoas, já que tal processo reduz a autonomia e a responsabilidade do sujeito, para cuidar de sua própria dor. Tratando-se, de uma relação vertical de poder, da qual o poder biomédico retroalimenta a dependência e produz danos diversos.

Deste modo, propor ações garantindo os direitos humanos, favorecem proposições de proteção, inserção social e protagonismo, com vistas a minimizar os sofrimentos, inclusive de ser acometida por um transtorno e sofrimentos diversos.

4.2.3 Sobrecarga dos trabalhadores

No contexto no qual os profissionais são imprescindíveis, o descaso e o desinvestimento, sobressaltam e apenas por meio dos esforços heróicos dos mesmos foi possível manter um nível razoável de atenção à população⁸².

O aumento das demandas assistenciais, o aporte insuficiente da rede e a redução do número de profissionais, somaram-se, culminando em excesso de trabalho para quem ficou e consequentes processos de adoecimento e esgotamento (seja pelo contexto, excesso de trabalho ou complexidade das situações). Associado a isso, tem-se os salários deficitários e as condições precárias de trabalho⁸⁷. Ocorrências estas apresentadas pelas equipes participantes, que observaram que a quantidade de profissionais não aumentou frente ao acréscimo da demanda, pelo contrário, só houve diminuição dos recursos humanos (seja pelas restrições de atuação de funcionários pertencentes a grupos de risco, ou por afastamentos devido a adoecimentos), o que fez com que as equipes trabalhassem mais e de maneira mais acelerada. Ademais, os casos passaram a ter extrema complexidade, o que exigiu mais dos profissionais.

Neste aspecto, as equipes apontaram o quanto os profissionais apresentavam-se esgotados, exaustos e adoecidos, conforme explicitado nos exemplos:

Tipo, o salário dos profissionais está diminuindo a demanda aumenta o número de pessoas diminui o salário também. (CAPS III AD).

E aí a gente adocece.. Porque assim eu sempre penso, eu sempre falo disso né? Que o uso de substância é só cerejinha ali né? A gente cuida de milhões de outras coisas né? Pra cada usuário que frequenta esse serviço. (CAPS III AD).

Eu acho que a gente estava falando também, mais cedo do adoecimento dos....da equipe né? De todos nós.... assim porque é isso a gente foi num ritmo acelerado de atender todo mundo né? E é isso é uma hora. Acabou a bateria. Estoura. Então ainda está estourando assim...de diversas situações que a gente está vivenciando aqui no serviço. (CAPS III).

Ah eu acho que no momento a gente falou bastante do quanto que a equipe está no fio da capa da gaita. Esgotada. Está esgotada. Está todo mundo cansado. Está todo mundo exausto casos agravaram, aumentaram e a gente não. (CAPS III AD).

Tiveram alguns funcionários que precisaram fazer home office, porque eh por gestação houveram três... quatro...nesse período de um ano... Então aí a equipe ficou mais reduzida ainda, porque a gente acaba fazendo o home apenas em reunião, porque não tinha muito atendimento pra fazer via telefone né? Pro público que a gente tem não era tão acessível assim. Pra entender a questão também da redução de funcionários presencial. (CAPS AD).

Por conta, do fato de estar sendo exigido muito deles.... terapia individual com os pacientes e tal e esse monte de atividades, pouco RH, acaba acaba deixando a pessoa adoecida por quê? ficar ouvindo o problema dos outros, é problema de desgraça dos outros, o tempo inteiro ali é você não ter não ter uma supervisão. Cara, isso daí acaba destruindo a gente, adoecendo a gente também. (CAPS III).

Os profissionais de saúde mantiveram-se atuantes na pandemia, mesmo diante de momentos de medo, desinformação, estresse, ausência de EPI, inexistência de vacina e tantos outros fatores. O que requer esclarecer que os impactos para os trabalhadores foram os mais diversificados possíveis, e se deram de acordo com o contingente de trabalho e os recursos disponíveis⁸⁵.

A Saúde do trabalhador foi amplamente notada durante a pandemia, entretanto, trata-se de uma temática antiga. Não sendo possível afirmar que os ônus para o trabalhador advém unicamente das circunstâncias geradas pela pandemia, haja vista que, estes já se deparavam com situações de precariedade⁸⁷.

Importa lembrar que, não é recente as discussões acerca de modalidades de contratação frágeis e exploratórias, condições de trabalho inapropriadas, baixos salários, elevadas exigências, pressão por desempenho e

produtividade, hierarquização, insuficiência de profissionais, baixa qualificação profissional, ausência de apoio e alta rotatividade. Fator também expresso no resultado dos dados demográficos obtidos nesta pesquisa, que demonstram que dos profissionais participantes 60,9% são contratados via Organização Social enquanto que 24,5% são estatutários. Além de que, 6,1% são pessoas jurídicas.

Logo, a opção pela terceirização da contratação de equipes de saúde evidencia a possibilidade que este ensejo engendra de degradação do trabalhador e das condições de trabalho. Neste sentido, a pandemia somente desvelou e acrescentou conteúdos relativos à precariedade já existente, como: proteção e treinamentos inadequados, ausência de informações e diretrizes, entre outras, que terminam por sobrecarregar, diminuir o grau de autonomia, desgastar fisicamente e causar tantas outras consequências⁸⁷.

A síndrome de esgotamento, altos níveis de ansiedade, são condições que acometem os profissionais de saúde, acrescido da Síndrome de Burnout e outras tantas reações comportamentais (alterações ou distúrbios de apetite, do sono, concentração, irritabilidade, desânimo, somatizações, conflitos interpessoais e outros) que evidenciam o risco de provocar adoecimento e consecutivos afastamentos, gerando uma cadeia de profissionais em sofrimento e desassistência, o que institui a essencialidade de proporcionar cuidado em saúde e saúde mental para o trabalhador⁸⁵.

Perante o contexto histórico exposto, o Ministério da Saúde, propôs por meio da Portaria nº. 1.823, de 23 de agosto de 2012, a política do trabalhador⁸⁸, cujo propósito é desenvolver cuidado integral para o trabalhador, concernente à vigilância, proteção, promoção e minimização de mortalidade advinda de atividades produtivas⁸⁸.

Assim, a atenção a saúde, dirigida para qualquer trabalhador, (independente de gênero, modo de inserção, vínculo empregatício, etc.)⁸⁸, precisam embasar-se em, avaliações de riscos, demandas, estilos de vida e trabalho e em tudo aquilo que determina adoecer e morrer da população⁸⁹.

Neste ensejo, à política de atenção ao trabalhador⁸⁸, de responsabilidade dos três entes do governo, propõe uma atuação que deve considerar determinantes de processos de adoecimento e ocorrer na Rede de Atenção à Saúde, a ser desenvolvida por equipe multiprofissional, interdisciplinarmente, considerando a intersetorialidade, intencionando promover ações individuais ou coletivas,

assistenciais, de recuperação de agravos e outras. Nesta conjuntura, é relevante apresentar o papel da Atenção Básica no cuidado ao trabalhador, cujas propostas condizem a manejo clínico, ações terapêuticas, acolhimentos, acompanhamento de agravos, entre outras⁹⁰.

Entretanto, tal política possui limitações, uma vez que, apresenta restritas propostas pautadas na singularidade, no âmbito geral observa-se aspectos assistenciais tecnocientíficos e biomédicos, visando produzir diagnósticos e cura, além de que, há pouquíssimas referências sobre a saúde mental do trabalhador, na perspectiva de propor ações relacionadas a questões organizacionais, sociais e de relações interpessoais. Neste prioritariamente observa-se discursos sobre o trabalho e riscos, em uma equação direta, normativa, em que determinado trabalho gera determinado agravo ou acidente, com provável culpabilização individual⁹¹.

É certo, que os desafios são contínuos, alusivas a saúde do trabalhador e especificamente a saúde do trabalhador da área de saúde, no qual, na pandemia, piorou, já que assistiu-se a diferentes impactos e prejuízos causados pela escassez ou inadequação de equipamentos de segurança e testes, mortes frequentes de pacientes, entes e profissionais, déficit de recursos humanos, estresse psicológico advindos da rotina, medos de diferentes vertentes, entre tantos outros fatores, que exigiriam planos antecipatórios de cuidado⁹³.

Nesta perspectiva, a Fiocruz⁵³ propôs recomendações específicas para o cuidado da saúde mental do trabalhador, pautando-se na avaliação de sinais de alerta, cuidados psicológicos, orientações sobre autocuidado, intervenções nos processos de trabalho e atenção da rede.

Também a Fiocruz⁸⁶, especificamente para seus profissionais, declarou que:

A principal intervenção sobre a saúde mental da equipe de linha de frente é garantir boas condições de trabalho e de descanso, assegurando: a) Confiança na eficiência e qualidade dos equipamentos de proteção individual; b) Treinamento adequado; c) Informações seguras; d) Espaço agradável de descanso, com atividades de lazer e fornecimento de alimentação adequada. (Fiocruz⁸⁶).

Em síntese, o adoecimento do trabalhador, também está relacionado com as condições de trabalho, pois condições de trabalho precárias resultam em complicações na saúde de trabalhadores⁹³. Todavia, houve restritas discussões acerca da precarização de instituições de saúde, jornadas extenuantes, exigências

excessivas, falta de treinamento, baixos salários, sucateamento do SUS, entre outros, em que sobressaiu-se protocolos com recomendação de medidas individuais, a serem praticadas de acordo com o desejo de cada um⁹².

Conforme exposto por Cavanellas e Rezende⁸⁷, “ao mesmo tempo em que esses trabalhadores são chamados de heróis por um lado, por outro são descartados e precarizados”, muito pelas condições as quais são submetidos.

Vale salientar que o trabalho em saúde não está dissociado das contradições da sociedade capitalista⁹³, na qual se exige corpos produtivos, análogo a máquinas e se descarta os improdutivos, assim como, se sobressai políticas submissas ao lucro, com desinvestimento em projetos sociais, com consequentes sucateamento, representados por privatizações, terceirização dos vários setores públicos e outros fatores que geram exploração do trabalhador e precarização das conjunções de trabalho.

O cenário pandêmico, evidenciou a necessidade urgente de se estabelecer medidas concretas de proteção, emancipação e cuidado para com o trabalhador⁹³. Desta maneira, instituir apenas alternativas de cuidado individuais, podem ser insuficientes, pouco eficazes e termina por encobrir necessidades essenciais, como condições e estrutura adequadas para o desenvolvimento de processos de trabalho⁸⁷.

Apesar das recomendações diversas, observa-se a insuficiência das medidas adotadas. Destaca-se que são os profissionais do SUS, os responsáveis pela assistência para aqueles com consequências geradas pela covid e do mesmo modo, são responsáveis pela saúde dos próprios trabalhadores. Assim, é preciso melhor investimento, para assegurar estrutura para que se garantir o estabelecimento de processos de trabalho que não sigam a lógica de mercado, bem como, a adoção proeminente de iniciativas para combater a precarização do SUS de modo geral, assegurando condições dignas de trabalho e consequentemente propostas de valorização do trabalhador, planos de cargos e carreira, clínica de cuidado e suporte propício às demandas do indivíduo.

4.2.4 Aumento da vulnerabilidade social, fome, população em situação de rua e saúde mental

Vulnerabilidade remete a suscetibilidade, fragilidade e conforme Ventura⁹⁹, trata-se da diminuição do potencial dos indivíduos de reagir e se proteger. De acordo com a mesma autora, a vulnerabilidade social, origina-se das relações entre indivíduo e coletividade, em que as condições sociais mudam e se dão a partir de relações de poder. Logo, as situações de vulnerabilidade indicam a destruição de direitos, culminando em prejuízos na cidadania das pessoas⁹⁹.

Nesta conjuntura, os profissionais participantes da pesquisa, demarcaram que houve o aumento de situações de vulnerabilidade social, nesta fase da pandemia, com evidente precarização econômica da população de modo geral, em que algumas pessoas passaram a ter que ocupar logradouros, calçadas e ruas como espaço de moradia, ou conviver em instituições adaptadas, como abrigos improvisados em centros esportivos, comunidades terapêuticas, espaços gerenciados por organizações religiosas ou outras. Locais estes que apresentaram inadequações, alta exigência e com critérios muitas vezes violadores para a permanência, como: imposições doutrinárias, abstinência e proibição de saída.

Neste contexto, os CAPS tornaram-se referência para a disponibilização de refeições, em que as refeições servidas para aqueles com projetos terapêuticos intensivos, também destinou-se para pessoas que necessitavam, fato que a equipe interpretou como exercício de função do setor de Assistência Social, todavia, sendo realizada pelo CAPS.

A precariedade econômica é apontada pelas equipes, como motivo para que algumas pessoas não buscassem atenção à saúde, já que a prioridade seria buscar alimentos e meios de subsistência.

A inclusão no trabalho informal, o exercício de outras alternativas para aquisição de renda e a migração em busca de melhores meios para subsistir, foi demarcado pelas equipes como realidade da população atendida, se evidenciando, o quanto que as situações econômicas frágeis favorecem a inserção do indivíduo em diversas outras condições de risco, inclusive geram impossibilidades, como de dar continuidade em acompanhamentos de saúde e manter e estabelecer laços sociais,

conforme os exemplos das falas dos trabalhadores:

(...)e com a pandemia a gente teve um aumento drástico de pessoas que estão em situação de rua, ou que estão acolhidos, em abrigos da prefeitura e de cunho religioso tipo Comunidade Terapêutica, teve um aumento grande nessa população. (CAPS AD).

(...)começou a ter um aumento grande de pessoas em situação de rua, no período crítico da pandemia a prefeitura abriu um espaço um abrigo...e também cederam o espaço do poliesportivo ... fez várias adaptações colocaram vários colchões, adaptaram uma cozinha, vestiário, fizeram até um quarto de isolamento para os pacientes que chegavam, que ficavam acho que 5 dias isolados dos outros e depois iam para o espaço comum, mas era o espaço do poliesportivo, que foi adaptado pra fazer um abrigo ai este abrigo é vinculado a secretaria de assistência social da prefeitura, mas quem toca este abrigo são as irmãs da igreja católica, então tem que rezar três vezes, tem três missas por dia, tem que rezar não sei quantas vezes, tem não sei quantas rezas, um monte de regras.... Pra ficar tem que cumprir todas estas regras, não pode fumar, três meses sem poder sair lá de dentro. (CAPS AD).

Acho que tem de uns tempos pra cá... e acho que a pandemia agravou que foi a questão das pessoas em situação de rua. Aumentou bastante essa demanda. Tem muita gente que procura comida...Ir ao CAPS...é uma possibilidade de comer no dia. (CAPS AD).

(...) mas foi muito difícil... perceber pessoas perdendo o emprego né.... vindo pra com como única refeição do dia no serviço do CAPS, então isso foi muito complicado (...) e a gente diz da miséria..." (CAPS AD III).

A gente começou a notar, o quanto que as pessoas começaram a ficar mais aqui na calçada. E aí o aumento de usuários em situação de rua e o quanto que não só simbolicamente, mas também efetivamente as pessoas começaram a estar mais aqui na frente, entendendo esse serviço como um serviço não só de saúde, mas também de assistência. (CAPS AD III).

A questão principal hoje... é que... eu acho que eh pega muito também, é que a questão social dessas famílias caiu tanto econômica e social, caiu tanto, que eu acho que eles não tem mais aquela atenção a saúde, né? Eles tão com uma atenção primordial de buscar comida ... hoje em dia. Né muitos perderam o emprego, outros perderam até a casa, outros moram, outros estão na rua. Então não tem essa possibilidade de pensar na saúde. Primeiramente tem que pensar em sobreviver, né? Muitos pensam em correr atrás da da alimentação, ou só tem que fazer algum eh... emprego informal, atividade informal, eh muitos entram na droga, no álcool, mas assim, ele não tem o pensamento em tratar. Porque estão tanto a margem da sociedade caíram tanto o seu nível socioeconômico, que não buscam mais esse tipo de atenção, de atendimento. Então eu acho que hoje em dia a preocupação da família é outra e muitos até perderam o vínculo com essas famílias,

essas famílias que se desfizeram. né? Então muitos pacientes, tão andando, tão em outras cidades, tem outros em logradouros aí e perderam o contato com a gente por conta disso....e as famílias mudaram pra outros lugares onde tem as melhores condições de subsistir... (CAPS AD).

Situações de vulnerabilidade, correspondem a componentes multidimensionais (condições materiais, sociais, econômicas, de apoio, acesso, psicológicas, culturais, morais, jurídicas), que interagem entre si e produzem exclusão, aprofundamento da desigualdade social e torna mais vulnerabilizados os já vulneráveis⁹³. Assim, conforme aponta Silva et al.¹⁰², as pessoas estão vulneráveis, conforme contextos e situações em determinados períodos e espaços e não pertencendo continuamente as vulnerabilidades.

O cenário pandêmico, composto pela desaceleração do crescimento econômico, ineficiência de políticas emergenciais de combate a pobreza e preservação do emprego e renda e propostas políticas de mudança de modelo de Estado, escancarou a piora das situações de vulnerabilidade social e suas fatídicas consequências, como: fome, miséria, pessoas em situação de rua, desemprego e outras que já eram vivenciadas, muito em decorrência dos sistemas estruturantes deste país, todavia,

A pandemia desnudou as várias tensões constitutivas do nosso processo civilizatório, construído ao longo dos últimos séculos e centrado na produção de vidas descartáveis no contexto do capitalismo vigente. Expôs com crueza o jogo do necropoder e da necropolítica como biopolíticas contemporâneas, que valorizam capitalisticamente as vidas que devem e que não devem, ou até mesmo, não necessitam viver. (Seixas et al.⁵⁹).

Há que se considerar que existe um ciclo de descarte dos indesejáveis, na sociedade contemporânea do capital, no qual o estar vulnerável impõe mais vulnerabilidade e conseqüentemente, mais marginalizados serão estes indivíduos e maior será seu engajamento nas margens da sociedade. Importa destacar, que por marginalizados, considera-se aqueles que sofrem o processo de marginalização, os chamados indesejáveis, contraproducentes, que são excluídos, ou seja, colocados a margem e impossibilitados de alcançar os mesmos direitos, acesso à alimentação, moradia, educação, etc. e conseqüentemente são afastados da conjuntura social, cultural, política, econômica, educacional, entre outros fatores que fadaram a morte¹⁰⁵.

Por conseguinte, observa-se que, a fome aumentou, como afirma, a Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional¹⁰³, estimando que mais de 116,8 milhões de pessoas no Brasil, apresentam algum nível de insegurança alimentar, ou seja mais de 50% da população.

Igualmente, de acordo com Barbosa e Prates¹⁰⁴, a atividade econômica foi afetada no Brasil na pandemia, ocasionando desemprego e aumento no preço dos alimentos, fatores que favoreceram com que as famílias perdessem acesso a suas formas de subsistência principais como: moradia e comida¹⁰⁰.

Conjuntura esta que impôs o crescimento e/ou surgimento de uma nova condição para as pessoas: estar em situação de rua. Observa-se assim, um perfil de indivíduos pertencentes a classe trabalhadora, que não conseguiram mais subsidiar suas vidas, de maneira que, foram para as ruas em busca de alimentos e alternativas¹⁰¹. E para estes as ofertas foram restritas na pandemia, já que o cenário contava com poucos serviços funcionando presencialmente e apesar das iniciativas para proteção e abrigo, os arranjos propostos, tenderam a fazer imposições doutrinárias e seguir lógicas asilares, com critérios rígidos para permanência. Além de que, foram feitas adaptações emergenciais em ginásios de esportes e igualmente utilizou-se espaços de Comunidades Terapêuticas para acolhimentos institucionais, para tentar suprir a demanda, não sendo espaços planejados para esta destinação, sendo também potencialmente violadores.

Como disse Saraceno citado por Pitta⁸, sobre os padrões de vida apropriados, é importante atender a três dimensões: o trabalho, o habitar e as redes sociais. Em que o habitar remete à moradia e tudo o que dela enseja (qualidade, saneamento básico, coleta de lixo, ventilação, iluminação, condição, privacidade, salubridade, riscos, etc), já trabalho, reverbera relações e renda, enquanto suporte social, seria os apoios possíveis. Eixos essenciais a serem aportados conjuntamente no contexto em questão.

A falta de comida, de casa, de emprego e amparo de políticas públicas, colocaram que individualmente se buscasse alternativas para continuar subsistindo. De modo que, conforme relatos das equipes dos CAPS, parece que os profissionais foram agindo mais informalmente, tentando sanar as necessidades, inclusive de alimentação. Entretanto, para as possíveis outras pandemias é preciso, propor avaliações e ações singulares, pautadas nas necessidades do indivíduo em todos os

cenários reais de vida, bem como, estabelecer meios para dar visibilidade à temática e ampliar ofertas promotoras de direitos, protagonismo e cidadania¹⁰¹.

Portanto, mesmo após o evento da vacinação e a tendência pela busca do retorno ao normal, evidencia-se conforme Seixas et al.⁵⁹ que “não há um mundo de antes” da pandemia que possamos retornar, pois este já era recortado por graves desigualdades sociais, é preciso construir um outro mundo.

4.3. CONVIVENDO COM A PANDEMIA!

No período destacado aqui, as campanhas de vacinações se consolidaram e o avanço na propagação da administração da segunda, terceira e outras doses foram realidade, associadas a ampliação de públicos a serem vacinados e busca por melhor opção vacinal para cada situação.

Neste cenário compreendido, a partir do mês de setembro do ano de 2021 até a atualidade, constatou-se a diminuição do número de óbitos, conforme pesquisa do Instituto Butantan, cuja conclusão afirma que a vacinação de pessoas adultas, pode proteger até aqueles não vacinados, fato que reduziu drasticamente os casos e as mortes por covid. Até o mês de novembro do ano de 2023, teve-se 707.286 óbitos confirmados pelo Coronavírus no Brasil, segundo informações do Painel coronavírus¹⁰⁷, quantidade de mortes estas que poderiam ser minimizadas com a vacinação precoce.

Seguiu-se longos períodos de suspensão de atividades com aglomerações, em que a abertura de atividades não essenciais foram ocorrendo gradativamente, conforme autorização do governo estadual ou municipal e para cada etapa encontrar novos caminhos para conduzir a realidade fazia-se necessário, prerrogativa está, também dentro das unidades de saúde. Nessa conjuntura, constata-se que, sucessivamente, os profissionais foram tentando retomar os modos clássicos do funcionamento dos CAPS, assim, neste momento evidenciou-se outras práticas, que foram configurando uma regularidade para o cotidiano dos serviços. Em uma iniciativa de promover melhor compreensão, subdividiu-se este capítulo em 4 itens, sendo o primeiro sobre a recuperação do uso de dispositivos da Atenção

Psicossocial, evidenciando-se subitens, concernentes à estruturação de projetos terapêuticos singulares e matriciamento, o segundo sobre as relações entre Saúde Mental e Atenção Básica, seguindo para importância dos recursos remotos e perspectivas da Reabilitação Psicossocial, conforme a seguir:

4.3.1 A recuperação do uso de dispositivos da Atenção Psicossocial

Tecer a retomada de dispositivos específicos de assistência em Saúde Mental, conforme ocorria em tempos anteriores ao da pandemia, se fez necessário, mesmo que ainda ocorrendo de jeitos diferentes das propostas originais e com a iminência de novos casos de covid-19.

Assim, neste período, as equipes pontuaram a ocorrência de dificuldades para retornar a executar estratégias da atenção psicossocial, em que paulatinamente se tentava inserir ações em grupo, de participação social, esportivas e outras, aguardando sempre a autorização das prefeituras e secretarias. Entretanto, por muito tempo ainda priorizou-se a atenção a urgências e emergências, na perspectiva do “apagar incêndios”, conforme já discutido anteriormente no item 1.1.7.

Os profissionais participantes evidenciaram que encontraram dificuldades para estabelecer ações em seus formatos e objetivos originais, ora pelos impedimentos em emplacar um grupo, ora pelos impasses dos usuários retornarem, ou pela contrariedade da equipe para se abrir para construção de novos, velhos processos, ou mesmo pela resistência de se estruturar ações contrárias a atender urgências e emergências, modo corriqueiro na pandemia, ou seja, houve dificuldades por parte dos usuários e trabalhadores. E mesmo para as ações coletivas desenvolvidas não observava-se a mesma quantidade, se comparada com períodos anteriores à pandemia.

Neste período experienciou-se o retorno gradativo das atividades, mas ainda com quantidade reduzida de pessoas circulando nos serviços, ainda enquanto prevenção ao alastramento do vírus, mas também por outras razões.

A gente foi voltando aos poucos conforme a liberação da Secretaria. Hoje ainda está um pouco mais complicado, ainda tem casos. (CAPS AD).

(...) foi retornando (...) a gente está voltando mais recentemente, mas, (...) não voltamos com a mesma quantidade que tinha antes desse processo da pandemia. (CAPS III).

A possibilidade maior dos usuários voltarem aos grupos, né? Não é só um movimento lento por conta da dificuldade de abertura da equipe, né? Mas muitos usuários que frequentavam o serviço, com mais assiduidade se teriam mandado menos, tem vindo menos, às vezes os grupos estão demorando mais para emplacar, né? Estavam cheios e tal(...) Continua a dificuldade maior de voltar a funcionar. Então eu acho que tem uma abertura lenta da equipe, mas também com dificuldade dos usuários em retomar o cotidiano. (CAPS III).

Acerca da quantidade de pessoas atendidas atualmente: Diminuiu bastante a quantidade, né? antigamente chegava a atender noventa pessoas, né? No dia, né? É, reduziu bastante. (CAPS III).

As equipes participantes usaram termos como capengando e lento, para nomear o retorno da execução de dispositivos da Saúde Mental no momento, cujo significado subentendido traduz a incompletude na recuperação da rotina almejada, bem como, a maneira parcial como as ações passaram a ser executadas.

É importante salientar que, durante a pandemia priorizou-se atendimentos individuais, ingressando em uma lógica tradicional, emergencial majoritariamente ambulatorial de cuidado, de modo que retornar às ações coletivas, requer a construção e reestruturação da cultura psicossocial dos encontros, seja junto a profissionais e usuários dos serviços.

Salienta-se que a pandemia gerou múltiplas implicações para os serviços, entretanto, pouco se investiu, mesmo diante do aumento da incidência e gravidade de casos a serem acompanhados pelos CAPS. De maneira, que considerar a realidade dos serviços é importante, para compreender que a atuação possível em muitas vezes não atendia a lógica psicossocial, todavia, o exercício de dispositivos nesta perspectiva, requerem também estrutura, condições de trabalho, equipe em quantidade suficiente, processos de educação permanente, RAPS integrada, comunicante e corresponsável, entre tantos outros.

4.3.1.1 Projeto Terapêutico Singular-PTS

O PTS enquanto dispositivo de integração e organização das equipes, na busca por autonomia e restabelecimento de relações afetivas e sociais do indivíduo, apresenta-se como importante estratégia. De tal dispositivo, emerge a responsabilização, vínculos e a continuidade assistencial¹¹³, para tanto, deve ser um processo resultante da discussão coletiva da equipe, preferencialmente da equipe de referência, pactuada com todos os atores envolvidos, como: família, equipe, rede e usuário, ativados a partir da necessidade deste, de modo a, garantir, acompanhamento, avaliações e articulações, com ações no campo da saúde e outras articuladas intersetorialmente¹⁰⁸.

Indiscutivelmente as equipes estruturaram alternativas almejando construir propostas terapêuticas em todo momento pandêmico. Contudo, conforme explicitado pelos profissionais, tais construções ocorreram de modo superficial, centradas na determinação da quantidade de dias em que cada um frequentaria o CAPS, quais grupos iriam participar ou inserção dos usuários em grades de atividades já estruturadas previamente.

Alguns trabalhadores pontuaram o incômodo frente a este fato, demarcando a superficialidade nas construções de PTS e a necessidade de repensar este recurso, como a seguir:

A construção do PTS ta bem superficial, né? E fica ali centrada em quantos dias o paciente vai frequentar o serviço, né? E quais as, quais grupos ele vai participar, né? Então acho que é algo que também está precisando da gente repensar assim e tentar explorar um pouco mais. (CAPS AD).

Sobre cardápio de atividades - Grade de atividades (...) a gente montou duas pastas, que a gente chama de pasta de apoio de acolhimento, então toda vez que alguém vai para o acolhimento, ele leva essa pasta, ai aqui tem todas as coisas que acontecem. (CAPS AD).

Importa iniciar, mencionando que as ações propostas para cuidado precisam ser únicas, direcionadas às necessidades do sujeito, dentro da perspectiva da reabilitação projetada e devem ultrapassar a estrutura física dos serviços e se estender para o território, produzindo novos laços, do contrário as oferta de

atividades realizadas nos serviços, “tendem a ocorrer sem a necessária articulação do caso, ou seja, de forma alienada e mecânica” Lima²².

Logo, definir propostas singulares de cuidado, pressupõe negociações, já que nem sempre os interesses são conciliáveis, além de que, impreterivelmente, precisam englobar novas rotinas, responsabilidades, definição dos papéis dos atores envolvidos, etc.²¹.

Apesar das equipes realizarem o que consideram projetos singulares de cuidado, verifica-se uma confusão na compreensão da definição dos termos, já que os mesmos utilizam este termo como sinônimo de inserir em grades já prontas.

Nesta conjuntura é válido destacar, que a essência do PTS, é a transformação de uma realidade e para isso, deve delinear objetivos, percursos a serem trilhados, criar possibilidades e definir quais ações devem fazer parte deste cuidar¹⁰⁸. Ações estas que precisam ocorrer de forma articulada com o usuário e seu espaço de vida e não se impor uma proposta pronta, definida muitas vezes sem sentido, objetivando ocupar, manter fazendo, entreter.

Nesta perspectiva, do uso de diferentes recursos terapêuticos, Saraceno⁸ demarca o grande desafio do efetivo exercício da reabilitação, apresentando a diferença existente entre entreter e reabilitar o indivíduo:

Pensar a palavra entretenimento, em italiano, entretenimento significa duas coisas. significa entreter dançando, entreter cantando, entreter bebendo, com uma boa música, enfim, diversão. Na raiz latina, entretenimento, também, significa manter dentro. É aí que está o desafio da reabilitação, entreter para manter dentro, pode ser manter dentro da hospitalização, dentro da cultura psiquiátrica, aqui no lugar de produzir saúde reproduza enfermidade. Então, a reabilitação é essa conspiração clara contra o entretenimento para manter dentro, para produzir a lógica que nunca termina, manter a lógica da enfermidade, tornando-nos cúmplices desse tipo de entretenimento. Devemos tomar outra direção. Podemos ser os que rompe com esse entretenimento. Pois, no momento em que se assume os grandes cenários: a casa, o trabalho, a rede social, damos-nos conta de que não há mais tempo para este entretenimento, que isso nada mais é que um adestramento físico um adestramento mental. (Saraceno⁸).

Deste modo, o pressuposto não é manter pessoas ocupadas, ou se divertindo, e sim usar o fazer para promover cidadania. Estas atividades devem funcionar como etapas para a construção dos objetivos que se almejam chegar. Logo, se deve passar pela etapa do fazer e não permanecer nela acriticamente,

pois, desta maneira ao invés de se construir capacidades, cria-se cronicidades⁸.

A grade de atividades, que em geral, incluem artesanato, pintura, caminhada e outras não podem ser estabelecida como fim em si mesmo, já que são dispositivos, através dos quais se desvela sentidos⁸. De maneira que, não se trata de apenas diversificar ofertas, ampliando cardápios, com soluções padronizadas¹⁰⁸, é preciso que, haja a associação com discussões acerca da clínica de cuidado e da lógica que a subsidia.

Resgatar origens e definições, pautando dimensões básicas de um PTS, auxiliam a reconstruir estratégias mais assertivas. Assim, usando o referencial de Kinoshita¹⁰⁸, salienta-se que um PTS deve conduzir caminhos, que levem a compreender o estado geral do indivíduo, seu histórico, contexto, interesses, carências (enquanto o que o indivíduo sente falta) necessidades (enquanto aquelas coisas, sem as quais não é possível outras construções, segundo desejos e expectativas), demandas (aquilo que o indivíduo requisita) e recursos.

Necessariamente traçar um PTS requer definir hipóteses, estabelecer metas, dividir responsabilidades, fazer avaliações e reavaliações, além de que uma proposta de cuidado precisa ser contínua e só podem ocorrer por meio de processos de confiança, paciência, empatia, vinculação, disponibilidade, pertencimento, negociação, diálogo, pactuações, repactuações, acolhimento, escuta, articulações e busca de parcerias¹⁰⁸, podendo concretizar-se no campo prático, com vistas a, realizar conversas frequentes, falar com familiares e demais entes da rede social, discutir os efeitos das medicações prescritas, avaliar a evolução, apresentar ao usuário as ofertas da rede, compreender o usuário, etc.¹⁰⁹.

Dentre tantas possibilidades apresentadas, a questão colocada é: como fortalecer propostas que efetivamente sejam capazes de inverter a tendência tradicional, principalmente na pandemia? Como restaurar padrões de vínculos, pertencimento, formas de bem viver e convivência comunitária no cotidiano que impõe a separação física? Quais dispositivos usar e como usar neste ensejo?

4.3.1.2 Do matriciamento a implementação.

O matriciamento, enquanto arranjo organizacional dos serviços de saúde,

se destina a concretar uma clínica ampliada e estabelecer o diálogo entre diferentes categorias profissionais e serviços²³, tornando-se fundamental no cotidiano psicossocial.

Todavia, os trabalhadores participantes da pesquisa, pontuam que as ações de matriciamento, apesar de terem retornado, ainda apresentam dificuldades em seu desenvolvimento, não sendo uma ação recuperada totalmente.

Denota-se que as equipes consideram os matriciamentos de fundamental importância, entretanto, afirmam que adversidades sempre existiram para assegurar a efetivação desta proposta, tais como: convencer os serviços dos territórios acerca da importância e inserir as diferentes unidades em ações compartilhadas, conforme relatos abaixo:

Tem a questão também dos matriciamentos que é algo que voltou muito capengando né? Então acho que atividade de matriciamento e algumas atividades grupais apesar de ter cessado o isolamento são coisas que a gente ainda não conseguiu recuperar totalmente. (CAPS III).

(...) o matriciamento, eu acho que ele é super importante, a gente sempre fez, mas a batalha sempre foi a mesma, né? Tentar convencer os territórios, da importância desse matriciamento e isso não mudou com a pandemia. A gente já fazia essa luta, já travava essa luta de fazer matriciamento. (CAPS II).

Em consonância com o apresentado pela equipe, concretizar as ações matriciais, sempre apresentou-se como dificuldade, considerando a tendência tradicional dos serviços de apenas transferir casos, por meio de encaminhamentos. Todavia, vale ressaltar que, rotineiramente os serviços se organizam hierarquicamente, realizando apenas transferência de responsabilidade ao se encaminhar, em que de maneira geral há precária comunicação entre os serviços e consequente ausência de resolutividade²³.

Importa destacar que, o matriciamento pertence a todos os campos da saúde, sendo um processo de trabalho interdisciplinar, relativo a construção de PTS, em que os saberes trocados entre as equipes, almeja buscar ofertas e serviços potentes para a modificação de modo amplo, de problemas de saúde, sendo por meio da produção de tais saberes e práticas mútuas, em que núcleos atuam articulados pelo campo, que se atinge a melhoria das condições do indivíduo, pois, assim se amplia a possibilidade de análises críticas e ações dos profissionais, na perspectiva de co-produção de saúde¹¹³. Neste sentido, tal dispositivo enseja

também, a superação de lógicas hierárquicas, rompendo assim paradigmas de poder, já que as construções são conjuntas e os diferentes saberes são considerados legítimos¹¹³.

Deste modo, conclui-se que diante da ausência de ações matriciais, não se concretiza efetivamente propostas de atenção integral, construções de processos de trabalho ampliados, assistência continuada e propriamente cuidado em saúde mental em outros serviços que não nos CAPS.

Conjuntura está, em que as equipes participantes percebem a importância da realização dos matriciamentos, contudo, expõem as diversas dificuldades para tanto e se é possível observar que as equipes engajaram-se ao longo do tempo, em tantas adversidades para a construção de processos matriciais, que por vezes falar das dificuldades é expresso tão naturalmente, como se fosse algo banal.

Como forma de superação da problemática apresentada, o guia de matriciamentos do Ministério da Saúde²³, nasceu com a pretensão de capacitar os profissionais que atuam no nível básico e os de Saúde Mental, para estabelecer práticas com mais humanidade possível. Entretanto, o desafio se mantém, tanto para compartilhar o cuidado com a APS, como, fornecer aporte, formação e romper estigmas. Assim, o grande enigma da situação é como instituir adequadamente os processos matriciais em qualquer época.

Neste sentido, Oliveira¹¹³, expõe que a operacionalização de processos matriciais e de outras bases de cuidado que não os biomédicos, como: mecanismos de apoio, acolhimento, democracia institucional, produção de autonomia, mobilizações pelo desejo, projetos de vida e valorização da subjetividade, dependem de várias condições e investimentos, como: formação dos profissionais disponíveis, cultura de organização dos envolvidos, rede que se pode contar e operacionalização de processos de trabalho condizentes.

Durante a pandemia, outros fatores se associaram aos já existentes, para impedir iniciativas de integração com a rede, conforme já apresentado, todavia, não observou-se na mesma intensidade busca de alternativas, talvez devido a tantas outras problemáticas vivenciadas (equipe reduzida, ausência de condições de trabalho, aumento das demandas, restritos processos formativos, entre outras). No contexto pandêmico, a resposta mais rápida seria sugerir o uso de tecnologias, para realizar os procedimentos necessários, mas, mais que resolver a estratégia para superar a distância física, é preciso instituir o dispositivo concretamente, através de

investimento, estruturação dos serviços, desprecarização das condições de trabalho, efetivos processos de formação e valorização dos trabalhadores, para então, se instituir processos de trabalho apropriado, organização dos serviços, definição de fluxos, elaboração de planos estratégicos, e a partir daí propor inventividades para a superação das debilidades da pandemia. Do contrário, se verificará lamentações e poucas possibilidades de se fazer atenção psicossocial.

4.3.2 O Cuidado de Saúde Mental na APS

Fundamentalmente as Unidades da Atenção Primária de Saúde, são importantes na promoção do cuidado em Saúde Mental, pois a atenção para as pessoas em sofrimentos mentais devem ocorrer em diferentes serviços da RAPS, seguindo a premissa do “cuidado em liberdade”.

Neste sentido, conforme pontuação das equipes, foi possível observar que as articulações entre CAPS e UBS aconteciam neste período de tempo demarcado e gradativamente se concretizavam, apesar da necessidade de incentivo e mobilização contínua, que se davam por meio de conversas, reuniões e ações de educação permanente.

Contudo, evidenciou-se que frequentemente havia o ímpeto das unidades de atenção básica, fazer encaminhamentos para o CAPS de qualquer questão que consideram de Saúde Mental, alguns acreditavam que tal fato, se justifica em decorrência do trabalho ocasionado pela pandemia, mas, alegaram que anteriormente já fazia parte do cotidiano dos serviços, acolherem pessoas que ao passar pela UBS sequer foram ouvidas, a partir do momento que constatou-se ser uma demanda de sofrimento psíquico. Neste ensejo, as equipes destacaram que outros serviços da rede também possuem o entendimento de que somente os CAPS atendem questões de assistência para transtornos mentais.

Repetiu-se pelos profissionais participantes, o fato de em muitas circunstâncias, o CAPS terminar por absorver a demanda (mesmo não atendendo a critérios), seja para que o usuário não permanecesse circulando pelos serviços sem acolhimento, ou seja para, assegurar algum tipo de cuidado para o indivíduo, haja

vista, os constantes “encaminhar”.

As equipes manifestaram que compreendem a existência de excesso de trabalho nas UBS devido ao covid-19, apesar de considerarem que o cuidado em Saúde Mental precisaria ser compartilhado entre os diferentes setores da rede.

Para os participantes, a justificativa para as adversidades relativas ao cuidado da Atenção Básica com a Saúde Mental, sucedem também por insegurança das equipes, em que mesmo algumas unidades, possuindo uma equipe multiprofissional, estes se sentem inseguros na condução dos casos, o que piora para as unidades que não dispõem dos mesmos, haja vista a falta de especialistas em Saúde Mental, conforme nos relatos descritos abaixo:

Sobre matriciamentos. Nossa é uma coisa que já vem acontecendo, mas agora está mais focado, mas... é um trabalho de bastante conversa, aos poucos... um trabalho de educação continuada mesmo, porque quando vem algum, usuário com alguns sintomas de saúde mental a tendência é encaminhar para o caps. (CAPS II).

(...) e hoje a gente tem aqueles que teoricamente são casos para caps, mas a gente acaba atendendo uma demanda grande de pacientes que poderiam ser atendidos na rede, nas unidades básicas. (CAPS III).

(...) chega muita gente que não é pra cá, é pra UBS, que é pra outros serviços e a pessoa chega desavisada. Acho que por conta da pandemia...As outras unidades entende que as qualquer assunto relacionado à saúde mental tem que ser aqui..... Eu acho que eles ficaram sobrecarregados... Então... Chegou, falou que é qualquer coisa de saúde mental, já manda pra cá, sem nem ouvir a pessoa.” (CAPS AD).

Tem unidades que tem equipe de saúde mental, tem psiquiatra tem psicólogo, tem assistente social, enfim, mas tem outras unidades que não tem, e os profissionais se sentem bem inseguros de fazer a condução do caso. (CAPS AD).

A operacionalização da assistência ao sofrimento mental na APS, necessariamente precisa seguir preceitos fundamentais da Atenção Psicossocial, como: promoção da saúde e cidadania, a concepção de território, intersetorialidade, integralidade, interdisciplinaridade, rede, desenvolvimento de autonomia e protagonismo, para efetivo cuidado¹¹¹. Para isso, diariamente os métodos de trabalho da APS precisa dispor da realização de: Acolhimento, escuta qualificada, intervenções breves, atenção a situações de crise, estabelecimento de PTS, construções democráticas multiprofissionais, propostas de promoção em grupo o

individuais, articulação com a rede, entre outras¹¹¹.

Interessa cogitar que, se os serviços da APS, não possuem instituída uma linha de cuidado em Saúde mental e tendem a centrar todas as ações no CAPS, provavelmente o matriciamento e os demais recursos citados acima, são inefetivos, de modo a impossibilitar processos não tradicionais.

Frequentemente, observa-se que os serviços assistenciais intra e intersetoriais, consideram que os CAPS são instituições especializadas, de maneira que, devem “tratar” de todas as demandas concernentes aos transtornos mentais. Todavia, tal premissa nega a visão ampliada de processos de saúde-doença, além de que, anulam a perspectiva da intersectorialidade e integralidade.

Há um entendimento comum entre as equipes, de que, para atender a Saúde Mental, é preciso uma equipe especializada, composta prioritariamente por psiquiatras e psicólogos, entretanto, as ações em saúde mental na APS precisam ser realizadas por todos os profissionais de Saúde⁸⁹.

Igualmente, verifica-se que há um entendimento de que intervenções deste campo, são ações peculiares, inacessíveis para aqueles não atuantes especificamente na área. Todavia, enfatiza-se que muito pelo contrário, pois a assistência para esta clientela, ocorre cotidianamente nos territórios onde a vida acontece, respeitando as especificidades dos usuários e seus espaços⁸⁹, o que facilitaria a ação da UBS, pela proximidade do usuário, o que nem sempre ocorre em relação aos CAPS.

Entretanto, há que se justificar, a organização hegemônica e a cultura biomédica arraigada, inclina-se em perpetuar processos de institucionalização, para tanto se busca centralizar o cuidado da loucura, dentro de uma instituição. Perpetuando assim, a lógica do “encaminhar”, repassando a responsabilidade, em que a alegação, pautada no entendimento assimilado é que transtornos mentais não podem estar na UBS. Além de que, há outros descompassos, que inviabilizam o modo psicossocial e portanto ações compartilhadas na rede de saúde, entre eles: o modelo de gestão, o desfinanciamento, desinvestimento, a precarização das relações de trabalho, restrição ou falta de processos formativos, ausência de construções compartilhadas, ineficiência na construção de processos articulados, constituição da rede, carência de diferentes pontos de atenção e a gradativa imersão dos serviços na lógica produtivista¹¹².

Por reconhecer a necessidade latente de orientar os serviços da APS, acerca do cuidado em Saúde Mental, o Ministério da Saúde, no ano de 2013, lançou o Cadernos de Atenção Básica Saúde Mental⁸⁹, cuja “expectativa relacionava-se a estimular e compartilhar conhecimentos acumulados nesta assistência, na qual, se propunha ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas na perspectiva multiprofissional, da rede e de redução de danos, além de que, discorria sobre políticas, cartografia da pessoa, família e comunidade, que poderiam fortalecer ações de Saúde Mental na APS, embasadas pelos preceitos psicossociais. Importa destacar, que em sua apresentação, o material evoca:

Para começar, entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões. (Brasil⁸⁹).

Deste modo, se estabelece que tratam-se de intervenções a serem praticadas por todos os trabalhadores, independente de suas formações, a serem desenvolvidas no contexto do território das equipes, sem a exigência de um trabalho especializado, mas incorporados na prática diária que deem conta das singularidades e subjetividades humanas⁸⁹.

No entanto, o documento permanece carecendo de implementação concreta. Um dos desafios que se coloca nesta perspectiva, é assegurar processos de educação continuada e permanente para profissionais ininterruptamente, dentro da concepção interdisciplinar e intersetorial, pois assim, será possível romper padrões segregadores, excludentes e fragmentadores, que a qualquer custo querem institucionalizar a loucura, mesmo que dentro de um CAPS.

Contudo, além da formação das equipes, há a necessidade de mobilizações de gestões, estabelecimento de políticas públicas para valorização do trabalhador, bem como, para estruturação de serviços, que forneça recursos humanos em quantidade suficiente, incidindo pois em resistências as tendências de desmonte de políticas de bem estar e proteção social, para que haja condições de organizar processos de trabalho que gerem responsabilização mútua, de forma a atender o usuário em suas demandas, com o uso de diferentes dispositivos.

Vale também, evidenciar que ainda se faz essenciais transformações culturais e sociais acerca da “loucura”, rompendo assim paradigmas, visto que, ainda há práticas em serviços de saúde dotadas de preconceitos, racismo e opressão, que tendem a institucionalizar e segregar as diferenças. É preciso ainda humanizar processos para que sejam inclusivos, corresponsáveis e assegurem o respeito à diversidade.

4.3.3 Uso cotidiano de recursos remotos para além da pandemia

Manter estratégias usadas especificamente durante momento iniciais da pandemia, como, monitoramento via contato telefônico, envio de mensagens de textos, uso de chamadas de vídeo, foi uma opção neste período, no qual observou-se que a utilização de recursos remotos na execução de atendimentos, tornou-se contínuo, apesar das dificuldades encontradas, relativas à necessidade de equipamentos específicos para o desenvolvimento da propositura.

Inicialmente, conforme relato das equipes, não havia equipamentos institucionais disponíveis e a internet não era suficiente, fato que exigiu organização dos trabalhadores por meios próprios, em que utilizaram recursos particulares, todavia, este método perdurou, uma vez que identificou-se facilidades, como a não necessidade do transporte, deslocamentos e recursos financeiros. Todavia, observa-se que ainda se trata de algo a ser concretamente instituído, conforme citação abaixo:

(...) é mas dá para dizer que as teleconsultas na verdade, não é ainda não é algo bem instituído também por falta de equipamento, por exemplo precisei fazer psicoterapia com os adolescentes que estavam na fundação Casa e muitas vezes o transporte para cá é um pouco complicado então eu propus de fazer a tele consulta porém com equipamento próprio a internet daqui é bem mais ou menos então era uma coisa assim também não sistematizada mas que só veio também por conta do contexto da pandemia e ficou. Acho que até a maior utilização de telefone também, porque a gente ligava muito para os pacientes durante a pandemia isso também aumentou hoje.” (Psi-CAPS AD).

Foi preciso investir em diferentes recursos e estratégias, para garantir cuidado na pandemia e adequá-los para que efetivamente atendessem as premissas

psicossociais. O uso de recursos remotos atuou para construir e favorecer, o que Merhy⁵⁵ definiu como um sistema de tecnologia de cuidado leves, em um arranjo efetivo de estratégias de combate a covid-19 e promoção de cuidado.

Todavia, importa dizer que existiram e existem adversidades nesta modalidade de atenção, por exemplo, o fato exposto pelo profissional, em que para assegurar o cuidado utilizou recursos particulares. Nesta circunstância, é preciso superar desafios e assegurar estruturação necessário para o desenvolvimento da proposta, como: disponibilização de recursos tecnológicos, equipamentos e software necessários, garantir que haja plataformas que garantam a confidencialidade, armazenamento seguro de documentos confidenciais, promoção de conhecimento e informação sobre o uso da tecnologia e estabelecimento de operacionalização de procedimentos básicos, entre outras¹¹⁴.

Importa aqui destacar que, o Ministério da Saúde disponibilizou recursos, para à obtenção de equipamentos, contudo, fica evidente que o desconhecimento acerca da propositura, impediu que os serviços fossem munidos com os recursos necessários, ocorrência que requer instaurar processos de comunicação de informações para as Secretarias de Saúde.

A despeito do apresentado acima, a proximidade virtual tornou-se um estratégia permanente, ou seja, manteve-se mesmo após a pandemia atingir um estado de regularidade.

Evidentemente, o uso de tecnologias na pandemia desvelou facilidades e oportunizou que esta ferramenta fizesse parte dos processos de trabalho dos CAPS, já que, garante acesso para aqueles providos de recurso, não é necessário deslocamentos, logo, não requer transporte (muitas vezes por longos trajetos), nem custeio de passagens ou gasto com combustível. Fatores que associados geram economia de tempo, praticidade e comodidade, visto que em algumas circunstâncias é possível permanecer em casa.

Dentre o amplo rol de favorecimentos do uso de recursos virtuais, verifica-se também a agilização de processos, a facilitação de encaminhamentos e estabelecimento de condutas, além de que, favorece o encontro entre diversas pessoas de diferentes locais, de maneira a, oportunizar encontros entre equipes multidisciplinares, bem como, possibilita a realização de ações em horários ampliados e diversificados, ocasionando assim uma ampla gama de possibilidades interventivas¹¹⁴.

Assim, as intervenções utilizando recursos remotos podem incluir: intervenções psicológicas (individuais ou em grupos), gerenciamento de riscos, aporte a usuários com questões graves relativas a sofrimentos mentais, consultas, apoio a adesão e gestão da medicação, acolhimentos, escuta, orientações, terapias, ações de psicoeducação, tele atendimento emergencial, reuniões entre diferentes setores da rede, matriciamentos, entre outros.

Apesar da continuidade do uso de tal recurso, como estratégia efetiva no cotidiano dos CAPS, ainda se faz necessário vários investimentos, para sua adequada consolidação, assim como, assegurar inclusão e acesso de parcela de usuários não conectados pela ausência de recursos tecnológicos, informação e outros.

4.3.4 E a Reabilitação psicossocial?

Diante da indagação acerca dos modos de fazer a Reabilitação Psicossocial nos CAPS, no período demarcado, as equipes de maneira geral, relataram que houve dificuldade para inserir os usuários dos serviços em ações de trabalho e em atividades de qualificação profissional. Assim, diante da ausência de emprego e/ou de cursos, ficou subentendido pelos dizeres, que houve também a ausência de possibilidades de inserção do usuário na sociedade.

Amplamente relatou-se que para se gerar um pouco mais de autonomia para os atendidos, é preciso que individualmente, os profissionais ou os próprios usuários busquem ofertas, haja vista a ausência de iniciativas específicas estruturadas na rede, de modo que: ler anúncios nos jornais, buscar espaços de qualificação, são estratégias possíveis galgadas caso a caso. Logo, diante da falta de emprego e de cursos, se busca na garra ofertas que possam compor o Projeto Terapêutico Singular, almejando impedir o agravamento dos casos, fato que causa desgaste nos profissionais pela dificuldade de se estabelecer estes processos, apesar de criar algumas propostas singulares.

No que tange ainda a reabilitação, pontuou-se que as organizações não governamentais são, estratégias favoráveis, à medida que oferecem vários cursos gratuitos e atividades de geração de renda, sendo que nestes casos se orienta os usuários a procurarem estes locais, como forma de promoção de autonomia.

Os profissionais participantes, relataram que como proposta para ampliar a divulgação de vagas e oportunidades, implica-se as pessoas atendidas a também angariarem informações, que são discutidas em grupos e trocadas mutuamente. Espaços estes, nos quais as equipes conseguem discutir a visão ampliada de saúde junto aos atendidos, já que há a compreensão de que cuidar da saúde é também cuidar do todo. Observa-se que as estratégias, apesar de cunhadas individualmente, de forma tenaz, muitas vezes sem participação familiar, apresentam resultados positivos.

Diferente da perspectiva apresentada acima, há também o entendimento por parte das equipes, de que reabilitação psicossocial, tem a ver com desenvolvimento de habilidades sociais e socialização, além da inclusão, conforme dizeres apresentados abaixo:

(...) é difícil a gente conseguir fazer a reabilitação do paciente em questão de profissionalismo, de trabalho, a gente tem a nossa assistente social, que ela busca o portal do trabalho aqui...que é uma das ofertas que a gente tem, só que a gente vê que mesmo assim os pacientes ainda vem com muitas queixas em relação a emprego, a oportunidade, então é um pouco difícil a gente conseguir reintroduzir o paciente na sociedade, por causa disso, a gente não tem uma oferta de curso, é muito difícil, cursos pra ofertar pra eles, então acaba ficando uma dificuldade muito grande. (CAPS AD).

(...) e acaba sendo individualizado né, e a gente vai discutindo caso a caso o que a gente acredita que seja possível para aquele usuário do serviço (...) é para a gente gerar um pouco mais de autonomia (...) Não tem nada sistematizado (...) É falta de emprego que tá acontecendo né que está piorando o quadro (...) então vamos lá, vamos conversar, vamos articular, o que essa pessoa tem, o que ela sabe fazer, o que ela tem interesse de aprender, e acaba sendo caso a caso, fiquei sabendo de um curso em tal lugar, isso aqui se encaixa para você (...) por um lado é interessante por que compõem com o projeto terapêutico individual mesmo, mas por outro desgasta um pouco o profissional que tem que inventar a roda para todo o usuário que ele está atendendo. (CAPS AD).

Porque tem várias ONGs, né? Promovendo cursos gratuitos, né? Cursos de elétrica pra mulheres, oficina de corte e costura, eh de culinária, né? Então a gente orienta elas pra que procurem nos CRAS, né? Ou nessas ONGs algumas atividades pra gerar renda ou a própria autonomia mesmo. (CAPS AD).

Sobre Processos de inserção social: a gente até tem passado pra elas assim, como tarefa de casa, pra que elas tragam pra gente também no grupo (...) pra gente poder trocar essa experiência do que elas tem no território delas. Pra que elas busquem também trazer informação (...) E aí tem uma até que falou, comentou que vai fazer o curso de corte e costura. Acaba que aí, muitas vezes, acabam focando muito no tratamento. E a gente tem que trabalhar muito isso.

O quanto que eh cuidar da saúde é cuidar do todo. Não é só tomar a medicação, não é só virar o CAPS. (CAPS AD).

(...) e às vezes até mesmo os próprios pacientes conseguem se ajudar, eu lembro do caso do grupo terapêutico que teve um paciente que, um outro paciente do grupo conseguiu um emprego para ele, uma coisa que eles conseguem se ajeitar também aqui. (CAPS AD).

A inclusão eu acho que é o que a gente trabalha...O desenvolvimento de atividades, habilidades, a sociabilização e que às vezes muita gente, os usuários não tem o apoio da família, da comunidade para essa reinserção.. é... a gente tenta fazer a ponte para ele ter. (CAPS II).

E aí o nosso objetivo é garantir minimamente, Quando eu digo minimamente é garantir habilidades sociais, então eu consigo ir ao mercado comprar alguma coisa, eu consigo ir então (...) É isso...depende do caso. (CAPS II).

Pelos relatos das equipes, presume-se que a reabilitação psicossocial, é compreendida no sentido profissional, formativo, de geração de autonomia e habilidades, almejando reinserir socialmente o usuário do serviço, cuja a principal estratégia a ser usada é a inserção no trabalho e em cursos.

Convém ressaltar, que apesar da percepção de que Reabilitação Psicossocial e Reinserção Social são análogos, observa-se certo equívoco, já que o percurso do reabilitar, pode ser entendido como a possibilidade de ampliar o poder contratual da pessoa, objetivando aumentar sua autonomia. Mas, vale destacar, que por autonomia, considera-se a potencialidade da pessoa para criar normas para si próprio, de acordo com contextos que vive rotineiramente, fato que está relacionado a fazer escolhas, logo, não se trata de ter autossuficiência¹¹⁴.

Nesta lógica, o que está no cerne deste reabilitar, não é a questão de gerar autonomia, enquanto promover habilidades, no sentido de alcançar o “normal”, mas, assegurar inserção social, de forma que o objetivo das ações não é tornar a todos, aptos homogeneamente. Corroborando, Saraceno¹¹⁶, afirma que a finalidade do reabilitar, é fazer com que todos, indistintamente façam trocas contínuas de interesses, se alcançando assim uma “sociedade justa com chances iguais para todos”⁸.

Conseqüentemente, este modelo não está interessado na reconstrução de um sujeito que falta a completude e muito menos uma readaptação. Logo, o termo autonomia, enquanto restauração de habilidades, não se encaixa às práticas psicossociais, posto que o cuidado é coletivo e busca não uma readaptação social, mas transformações sociais capazes de garantir diversos modos de existência no

mundo⁶⁴.

A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como partes da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. (Costa-Rosa⁶⁵).

A Reabilitação seria, então, a reconstrução da cidadania plena, nas diferentes dimensões da vida, em que por exercício de cidadania, entende-se: efetuar plenamente suas trocas habitando, trabalhando e nas relações sociais⁸.

Ao passo que, Inserção Social é compreendida na perspectiva da antítese exclusão/inclusão, ou seja, dentro do contexto em que a sociedade exclui para incluir, todavia, uma inclusão que geralmente é feita de forma indigna, de forma a aprofundar desigualdades¹¹⁷.

Realizadas tais conceituações, conclui-se que a reabilitação psicossocial, não é somente inserir o indivíduo no trabalho ou ações de geração de renda, mas também, em que por meio deste se busca a devolver ao indivíduo seu poder para estabelecer contratualidade e adquirir ferramentas para praticar sua cidadania¹¹⁷.

Entretanto, importa fazer ponderações acerca do contexto global do país e o desemprego, por se tratar de fatores que ocasionam reflexos diretos na população atendida nos CAPS. Na conjuntura de crise econômica e desemprego, a alta exigência para estar no mercado formal, já se difunde como barreira para “os menos qualificados”, considerados inaptos, acessarem um trabalho, acrescido de processos de estigma e preconceitos, para aqueles atendidos em CAPS¹¹⁸.

Assim, ampliar a oportunidade de inclusão em atividades que gerem recursos financeiros se mostra como desafiador, tanto no que concerne a propostas internas dos CAPS, quanto para esferas governamentais ou outras, já que, se estas ações forem excluídas do conjunto de propostas que visam à atenção integral, não haverá o desenvolvimento da cidadania¹¹⁷.

Há que se retomar, que as concepções contra-reformistas não condizem com os preceitos da inclusão social cidadã, o que requer intervenções a nível macro para garantia de políticas de proteção e inclusão¹¹⁷.

Assim, galgar possibilidades torna-se necessário, entretanto, esta deve estar acompanhada da mobilização e tensionamento para que haja projetos governamentais concisos de qualificação profissional e renda, como, estruturação de atividades de criação de trabalho e renda, instituição de associações apoiadoras,

investimentos em ações de Economia Solidária, bem como, deve estar acompanhada de ações no campo da habitação, educação, cultura, esporte, lazer e de todos os outros âmbitos que compõem os cenários da vida, para que se efetivamente promova a Reabilitação Psicossocial.

4.4. COMEÇAR: INVENTIVIDADES PARA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Para serviços, cuja principal forma de cuidado se dá pela palavra, vinculação, encontros, parcerias, território, laços e presença, o desafio colocado pela pandemia é: como produzir Atenção Psicossocial e conseqüentemente produzir vida, em um contexto com tantas barreiras e restrições.

Entretanto, é preciso evidenciar que as dificuldades apresentadas foram reforçadas e explicitadas pela pandemia, mas, por vezes, já se apresentavam de alguma forma e em diferentes medidas, de acordo com, as localidades e possibilidades de cada CAPS, ou seja, a disputa entre Asilar e Psicossocial, sempre esteve latente prestes a entrar em erupção, concorrendo a um status de prática permanente.

A realidade demonstra que em muitas circunstâncias ambas as lógicas apresentam-se coexistindo no cotidiano dos CAPS, seja de modo explícito consciente ou mascarada, seja conformada pelo desconhecimento, por ausência de condições, alternativas ou tantas outras razões.

Sabe-se que velhos modelos podem se reproduzir com novas roupagens. Ou, ainda, a implantação de um modelo não suprime de imediato o anterior. Ao contrário, ambos podem conviver simultaneamente, apesar de suas contradições e antagonismos. (Nunes et al¹¹²).

Observa-se que os profissionais apresentam crítica, acerca da dualidade existente nas práticas cotidianas dos CAPS, apesar de alguns equívocos conceituais acerca dos dispositivos de cuidado, prevalece as iniciativas para o cuidar, mesmo que engajadas na lógica manicomial. Entretanto, o CAPS é um serviço potente, criado para transformar a atenção à saúde mental.

Conseqüentemente, aqui convém salientar que o modelo psicossocial, surge com a finalidade de se contrapor às danosas práticas do modelo asilar, de maneira que se origina, a partir da crítica as dimensões ideológicas, teórica e técnicas do modelo asilar, propondo outras possibilidades de práticas embasadas em experiências de outros países que suscitaram um arquétipo radicalmente novo⁶⁵.

Assim, reaviva-se aqui o inconcebível coexistir destes modelos antagonistas e a imprescindibilidade de concretizar a substituição da lógica asilar, para tanto é preciso assumir radicalmente este posicionamento.

Diremos que uma determinada instituição, para ser representativa do paradigma que se propõe realizar, tem de ter superado aquela a que pretende ser alternativa quanto ao momento da universalidade (discursos, onde estão incluídas a dimensão político-ideológica e ética) e quanto ao momento da particularidade (práticas, consideradas segundo os quatro parâmetros que compõem o paradigma de ação), de tal modo que se alcance o estatuto de singularidade (práxis); esta singularidade será a própria unidade de contrários em que a instituição se sustenta. (Costa-Rosa⁶⁵).

Neste ensejo, se os trabalhadores dos CAPS, seguirem produzindo práticas ambíguas, que expressam políticas mercantilistas, assistencialistas, capitalistas e biomédicas, se permanecerá induzindo a segregação, diferença, estigma, preconceito, cronificação e institucionalização¹¹².

A proposta de mudança de paradigma deve ser permanente e imperiosamente precisava se intensificar diante da pandemia e das tentativas de destruição da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Considerando os resultados apresentados, convém questionar se o enfrentamento de outras possíveis crises sanitárias, se darão por meio do uso de paradigmas e modelos conservadores de determinações orgânicas, cujas limitações ficaram evidentes na pandemia de COVID-19.

Logo, o propósito deste trabalho não é sinalizar modos de retornar a normalidade dos serviços de antes da pandemia, como visto inúmeras vezes, uma menção ao término da pandemia e o retorno ao normal, já que:

Vivemos o pós-pandemia no momento em que escrevemos este artigo, e não há um “mundo de antes” ao qual se possa voltar. Um mundo que, diga-se de passagem, não era nada interessante, pois se olharmos o que acontecia no Brasil antes dessa crise sanitária (e das outras crises por ela desencadeadas) veremos um país recortado por graves desigualdades sociais – no acesso à saúde, à

educação, à cultura. A mortandade de pessoas negras por violências diversas sempre foi um vexame. O extermínio dos povos originários era incessante. A destruição das vidas pela contaminação e pela destruição ambiental já era incalculável. (Merhy e Bertussi⁵⁵).

Neste sentido, o retorno ao velho, ao antes da pandemia, ao normal, nos remete a volta para o cotidiano habitual das diferenças e desigualdades. Assim, busca-se alcançar algo novo e inovador. Entretanto, mais do que crítica, ao que foi possível fazer pelas equipes, para continuar assegurando o funcionamento dos serviços na pandemia, busca-se aqui, tentar buscar alternativas, que precisam ser criativas, inovadoras e inventivas, (mesmo diante de diversas restrições), para que sustentem a radicalidade das propostas da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial, seja em situações de Emergências Sanitárias ou não.

Posto isso, importa questionar, como construir conjecturas que promovam a tecitura de práticas cotidianas em situações restritas de uma emergência sanitária, que concretizem a Atenção Psicossocial e a transição efetiva de paradigmas, caminhando,

- Do distanciamento para a vinculação,
- Da doença para suas determinações sociais,
- Do caso individual para o sujeito social,
- Da desabilidade para o potencial,
- Do protocolo para a garantia de acesso,
- Da exclusão para a participação,
- De um serviço solitário para a rede,
- De normalidade para diversidade,
- De cura para apoio,
- De poder para construções conjuntas,
- De desigualdade para igualdade de oportunidades,
- De isolamento para o andar pela vida.

Usando a concepção sagaz de Kinoshita et al.¹⁰⁹, para responder ao interpelado acima, tem-se que:

O principal método para a modificação de crenças é através das ações e vivências práticas que podem por em cheque estas crenças, de modo a possibilitar um novo olhar, uma nova percepção e principalmente um novo modo de se emocionar, diferente do que se está acostumado. (Kinoshita¹⁰⁸).

Nesta perspectiva evidencia-se a necessidade de criar novas possibilidades, ou melhor, usando o conceito de Merhy et al.⁵⁵ é indispensável criar um mundo outro no cuidado em Saúde, capaz de encontrar linhas de fugas e furar muros, recuperando inventividades, fazendo novas composições, destituídas de estratégias medicalizantes e com mais formas de produzir vidas focadas em redes existenciais.

Sendo assim, para concluir esta pesquisa se buscará pensar em arranjos que poderiam contribuir para assegurar o cuidado na perspectiva psicossocial em situações de emergência sanitária. Propondo pois, alternativas para a construção de estratégias que agenciem pessoas e comunidade, que produzam subjetividades e cidadãos proativos em seus territórios, mesmo no contexto pandêmico¹⁰⁹.

Ousa-se ir além, através de um iniciativa de construir proposições baseadas nas premissas de busca da felicidade de Kinoshita e outros autores¹⁰⁹, na qual se almeja estabelecer propostas que requeiram todas as dimensões de bem viver, convivência comunitária, diversidade, saúde, cultura, educação e resiliência, em que a busca pela felicidade (no campo ético e não de sentimentos) coletiva, deveria ser política pública, em oposição a estrutura social capitalista de disputa.

Deste modo, de acordo com os principais domínios discutidos anteriormente, se levantará estratégias de acordo com tais proposituras, especificamente para o contexto da pandemia, divididas em temáticas por subitens, demarcando-se experiências exitosas.

4.4.1 Cuidando no território na pandemia

Parafraseando Seixas, Merhy, Feuerwerker e Santo⁵⁹, é preciso desmistificar que o cuidar em emergências sanitárias, condizem apenas com intervenções clínicas, é preciso pensar sim em quem está doente, mas também em quem não está. Tomando os mesmos autores como orientadores de um processo inovador e condutor, evidencia-se a exigência de inovar estratégias de cuidado que envolvam tecnologias de cuidado leves, em novas práticas de trabalho, além de que, consigam combinar inventivos modos de encontros na comunidade, com formas tradicionais de vigilância epidemiológica.

Aqui propõe-se, evocando Seixas et al.⁵⁹, o “cuidado de proximidade”, melhor dizendo, um cuidado tão próximo, quanto possível das pessoas em sua comunidade, por meio dos “serviços de proximidade”, que são aqueles serviços que se localizam no cotidiano onde a vida acontece, logo, participam ativamente do estar e dos agires comunitários.

De modo que, este cuidado pode se dar em diferentes modelações, inclusive no cotidiano de um CAPS em uma conjuntura pandêmica, em que os trabalhadores para produzir um trabalho vivo em ato, baseado nas tecnologias leves, relacionais, centrado nas necessidades dos usuários, poderiam presencialmente estar mais nos territórios⁵⁹.

Assim, dispor de meios locais de cuidado, seria uma estratégia para os CAPS, em que as equipes poderiam estar presente ativamente junto à população, com devidas paramentações⁵⁵. Vale destacar que, a circulação do trabalhador adequadamente munido de paramentos, têm menor probabilidade de contaminação se comparado a um trabalhador em um hospital cuidado de quadros de covid-19⁵⁵.

Destarte, as equipes poderiam no território, construir alternativas para que o isolamento pudesse se traduzir em produção de vida, e não em sofrimento psíquico, através de ações comunitárias, articulação com coletivos e outras que pudessem proteger, identificar riscos e precariedades, realizar articulações intersetoriais, possíveis para cada realidade⁵⁹.

Visitas domiciliares, se configuram como importante estratégia para as equipes, pois, possibilita conhecer a realidade da quarentena para seus atendidos, bem como, entender a rotina diária, identificar sinais indicativos de crises, compreender necessidades e demandas e conhecer o meio comunitário a qual o indivíduo pertence, compondo assim, um conjunto de dados que, servirão para criar propostas, que podem incluir: orientações, acolhimento, escuta, disponibilização de materiais para que realizem atividades significativas em suas casas, entre outras condutas.

Na perspectiva do cuidado no território na pandemia, diversas experiências podem ser apresentadas, por exemplo, viu-se surgir um CAPS AD III móvel, no município de Grajaú-SP, em que, por meio de uma tenda instalada em uma favela, se disponibilizou informações, realizou-se escuta, triagem, ações de redução de danos, disponibilização de materiais de higiene, acolhimento, campanhas de vacinação, curativos, acesso a água potável, local para fazer

atividades de higiene, entre outras atividades para cuidado⁸¹.

Promover ações, nos cenários onde a vida acontece, requer propor ações também nas ruas, inclusive para atendimento de pessoas nesta situação. Neste ensejo, apresenta-se a experiência vivenciada no estudo: “O território COnVIDa a reexistir” de Costa e outros autores⁵¹, que evidencia que na pandemia foi “preciso olhar diferente para o território e estar mais lá fora”, seja por meio de visitas ou atendimento a população em condição de rua. Atendimentos estes, que revelaram diferentes desafios, como: encontrar corpos que já eram oprimidos e segregados, mais imersos nesta realidade e compreender que não é possível fazer Saúde Mental se não houver o engajamento na dinâmica da periferia e das ruas.

Já Souza e Antunes¹²⁰, descrevem a vivência de uma equipe de Consultório de Rua, durante a pandemia, em que diversas alternativas foram criadas para garantir o cuidado, em que as equipes iniciaram processos solidários de busca de doações de água, produtos de higiene e outros para distribuição. Entretanto, a fome, em um cenário de comércios fechados, se apresentou como demanda o que requisitou dos trabalhadores captação e distribuição também de alimentação pronta, sendo estas estratégias de manutenção de contato, vínculo e atendimento de demandas que invariavelmente impactam na saúde. Mapear o território, conhecer os mais suscetíveis a riscos, encontrar possibilidades de proteção em um contexto tão desprotetor, fez com que estas equipes estivessem na luta, seja para procurar abrigo, vínculos afetivos, levar para unidades de emergência ou garantir um sepultamento digno.

Nesta conjuntura, Surjus et al.⁸¹, apresenta uma experiência de atenção no território, junto a pessoas em situação de rua também, em que instalou-se pias em determinados locais, para que estes pudessem higienizar suas mãos e obterem acesso a informação. Ação esta que possibilitou a ampliação de papéis ocupacionais, uma vez que as pessoas passaram a promover autocuidado, além de que deram visibilidade às necessidades desta população.

A luta antimanicomial necessita se reatualizar, já que a opressão, segregação e a autorização para deixar morrer, aqueles considerados de menos valia (deficientes, população LGBTQI+, imigrantes, indígenas, pessoas em situação de rua, negros, etc) é explicitada diante da ineficiência do governo e das iniciativas de desmonte do SUS¹²⁰. Assim, defender a bandeira da diversidade e da essencialidade de cada vida, exige dos CAPS encontrar um modo de produzir

mobilização para lutar por políticas protetivas e por um SUS robusto, o que também requer melhores votos.

Tal consideração provoca uma inflexão que propõe a substituição do termo “por uma sociedade sem manicômios” pela expressão “por uma vida sem manicômios”, pois o manicômio está nas pequenas ideias, nas pequenas lógicas e no maquinário de operar a gestão dos serviços de saúde do governo neste momento. O manicômio está ali de maneira muito intrínseca, por isso a importância do deslocamento “de uma sociedade sem manicômios por uma vida sem manicômios”. Ademais, a desconstrução dos distintos manicômios, inclusive os existenciais, precisa acontecer diariamente nas nossas ações, nos serviços e nas universidades.(Souza et al.¹²⁰).

Neste ensejo, o lema é construir uma sociedade inclusiva, de valorização da diversidade, ou seja, construir contextos para as experiências da vida, em que as diferenças, sejam parte da diversidade e não doença⁶⁰.

4.4.2 A materialização dos teleatendimentos no âmbito psicossocial

O uso de recursos remotos tornaram-se habituais nos CAPS, e indiscutivelmente por meio destes foi possível construir relações dialógicas entre a rede, seja através de articulações de reuniões intra ou intersetoriais, processos formativos e outras.

A exemplo, o estudo de Santos et al.¹²¹, denominado: apoio matricial na forma de e-terapia, trouxe vivências concernentes a execução de diferentes formas de aporte psicossocial online, como: grupos terapêuticos, ações de apoio matricial, atividades de promoção de bem estar, atividades expressivas, entre outras que foram amplamente divulgadas por meio de sites, artes visuais, redes sociais e vídeos no youtube® para que a população pudesse obter o informe. A experiência resultou em diversos fatores positivos, como estabelecimento de conexões, propostas singulares de cuidado, amparo, apoio mútuo, circulação de afeto, integração dos usuários e da rede, entre outras.

Já Rodrigues¹²², apresenta vivência estabelecido entre universidade e serviços da rede pública, em que foram desenvolvidas atividades de apoio institucional à gestão dos serviços, objetivando ampliar intervenções, através de

reuniões com professores e alunos de pós-graduação, foram realizadas escuta, sistematização de temas para discussões, disponibilização de materiais teóricos que sustentasse reflexões, bem como, elaborou-se materiais para promoção de orientações acerca de inclusão em programas governamentais e outros.

Importa aqui, procurar caminhos para ressignificar o lugar da prescrição e do uso excessivo de medicações, já que este fato apresentou-se demasiadamente, principalmente em situações de crises. Todavia, esta não é uma tarefa simples, conforme Tesser⁶², o desafio para o manejo desta complexa questão é a promoção da crítica, a construção de novos saberes e a transformação de práticas biomédicas, que só será possível por meio de formações. Neste sentido, é preciso reconstruir as relações entre o conhecimento científico, com a vida rotineira, englobando toda a diversidade de saberes da sociedade, que não devem ser desqualificados como ocorre frequentemente.

Partindo desta necessidade de reconstruções de saberes, que devem seguir os objetivos psicossociais, do propiciar autonomia e autogestão dos indivíduos sobre o próprio corpo e itinerários terapêuticos e de saúde, urge concretizar uma nova ótica médica, que admita a integralidade e as numerosas dimensões da vida¹²³ e que retome a potência do tradicional. Assim, o desafio está em resgatar o estudo de medicinas não científicas, tradicionais, como imprescindíveis parcerias para reduzir as iatrogenias e a contraproduzibilidade da ação biomédica. Dentro desta concepção, se pode apresentar como possibilidades “medicinas outras”, em consonância com Amaro e Assunção¹²³ a serem fortalecidas e propagadas, como exemplo, as Práticas Integrativas e Complementares-PICs, usadas inventivamente como estratégias de promoção e bem-estar, conforme relato abaixo.

De Grupo de Convivência on-line, a Yoga virtual, Terapia Comunitária Integrativa-TCI, há uma variabilidade de possibilidades de ofertas. Como por exemplo, Takeda¹²⁴, descreveu as invenções do Serviço Universitário de São Paulo, concernentes a, grupo de reencontros, sarau e yoga on-line, reiki a distância, produção de florais de bach e outras ações que permitiram romper a distância, acolhendo e dando suporte.

Considerando que originalmente os grupos de ajuda e suporte mútuos, exercem a função de gradualmente promover autonomia e ações solidárias, fazendo parte de ações da Reforma Psiquiátrica, é imprescindível dispor deste recurso como

plano oportuno, visto que trata-se de uma estratégia com organização dos usuários e familiares, independente da participação de profissionais e especialistas, que visa fornecer suporte aos usuários, por meio de acolhida, trocas de experiências e informações, apoio emocional e social, em que através destas intervenções é possível, estimular a livre expressão e a comunicação, promover crescimento pessoal, desenvolver autoconfiança, autoestima, estimular companheirismo, superar a solidão, assegurando cidadania, enfrentamento de questões difíceis e tantas outras oportunidades¹²⁶. De maneira, que pode ser utilizada de inúmeras e criativas formas, sendo que na pandemia pode ganhar uma nova roupagem: o modo virtual.

Nesta conjuntura, tem-se como exemplo a experiência descrita por Costa et al.¹²⁷, em que através de projetos de extensões, chamados “Cuidativa: integralidade do cuidado e qualidade de vida”, “Biografias, reconstruindo histórias de vida” e uso de rádios comunitárias, se pode promover aproximações, alcançando também aqueles que não dispunham de internet. Programas em Podcasts, foram estratégias para o desenvolvimento de campanhas e ações comunitárias, que além de dar voz a população, também aproximou a comunidade¹²⁷.

Os grupos de Gestão Autônoma da Medicação-GAM, ganharam um outro traje e nomeado como “Grupo Voz às nossas vozes”, promoveu ajuda mútua e encontros de pessoas virtualmente¹²⁷.

Para aqueles com insônia, houve a experiência do Grupo virtual “Plantão da madrugada”, espaço de acolhimento e trocas de experiências, que funcionava das 19h às 07h¹²⁷.

Para as situações de possíveis crises, estabelecer planos e cartão de crise, é uma proposta, em que tomando por princípio as orientações de Vasconcelos¹²⁶, poderia se adequar para o modo virtual, assim, os profissionais poderiam planejar com o usuário em momentos de organização e crítica, iniciativas para o bem-estar em caso do surgimento de uma crise, estabelecer providências que a pessoa avalia como importantes e necessárias para sua vida naquele momento e indicando pessoas para aporte. Assim, o cartão de crise, é um informe sobre o plano e onde encontrá-lo e tem como objetivo ajudar o seu portador em situação de crise, facilitando para aqueles que o acolherem condutas mais rápidas e eficientes.

Instrumentalizar os profissionais para que os mesmos estabeleçam Planos de Ação para o bem-estar e recuperação¹²⁶, se apresenta como estratégia,

assim, munir as equipes acerca de modos de ajudar seus pacientes a construir estratégias para seu bem estar, essencialmente favoreceria famílias. Tal estratégia, visa identificar e listar coisas e atividades simples e cotidianas que se considera saudável e que promova bem-estar, partindo assim para a construção de uma “caixa de ferramentas de bem-estar”, com ações sugestivas que formataram este plano, bem como, contaram com uma lista de “disparadores” (eventos que podem ter efeitos ou produzir sintomas desconfortáveis) e um “plano de ação para os disparadores”. Listar sinais de alerta (aqueles sinais de que nossa situação subjetiva e pessoal não está bem), são importantes para reavaliar planos e estabelecer novas condutas, incluindo o estabelecimento de planos emergenciais, em que diante da piora dos sintomas, se traça iniciativas e ações, para prevenir a crise, como exemplo: marcar consulta, ir para um acolhimento no CAPS, ou outro serviço de saúde, entre outros¹²⁶.

De modo geral, observa-se que os serviços passaram a se adaptar ao mundo virtual, entretanto, há quem desacredite desta possibilidade a considerando gélida, devido a falta de contato e por as intermediações transcorrerem por uma máquina. Mas, carece considerar que o vínculo humano se sobrepõe à máquina e às distâncias. Logo, há perdas sim, mas há tantos outros ganhos¹²⁴.

4.4.3 Coletivos, redes de solidariedade e a garantia de direitos e resistência.

Já está posto que as condições de vida possuem relação direta com processos de adoecimento e oportunidades. Assim, há que se debater estratégias para propiciar a garantia de direitos, empoderamento, acolhimento e formas de superação da desigualdade social.

Neste sentido, a atuação da sociedade civil merece destaque, sejam as associações, redes formais e informais, coletivos e movimentos sociais, organizadas previamente ou não. Evidencia-se que tais organizações, seguiram trabalhando em prol das comunidades e no enfrentamento à pandemia. A cada dia diferentes iniciativas surgiram para, arrecadar produtos diversos, promover escuta, disponibilizar materiais, alimentos, confeccionar equipamentos de segurança, cobertores e afins, bem como, empreenderam, costurando, bordando, produzindo

alimentos, enquanto ações de apoio¹²⁸.

Eis a imprescindibilidade de coletivos e redes de apoio solidárias, que mais do que assistencialismo, propiciam inclusão, cidadania e protagonismos na batalha por direitos¹²⁸.

Assim, verifica-se que, os movimentos são agentes transformadores da ordem estabelecida e mesmo diante da impossibilidade do encontro, os encontros se fizeram presentes, por meio das várias organizações possíveis, realizadas pelos mesmos. Como exemplo, houve a Copa da Inclusão digital, projeto desenvolvido no interior de SP, em que se propôs uma ação política, contemplando várias dimensões e aproximando diversos movimentos, por meio de show de talentos, oficinas culturais, feira de geração de renda e outras ações que fortaleceram a Luta Antimanicomial¹²⁹.

Observa-se que os movimentos sociais e todas as formas de organizações coletivas assumiram a incumbência de contribuir para a efetivação de uma lógica que defendesse o ser humano e sua dignidade. Prática exímia, todavia, é preciso não só abrandar as problemáticas, mas enfrentar suas causas, oportunizando a eliminação das desigualdades sociais e estruturais deste país¹²⁸.

Reavivar os imprescindíveis movimentos que deram origem a Reforma Psiquiátrica, urge, no sentido de conjuntamente militar por igualdade e cidadania, exigindo assim dos governos políticas de proteção, defesa de direitos, um estado laico e respeito à diversidade¹²⁸.

5. Conclusão

A pandemia, a dúvida diretriz de cuidado neste contexto, o desinvestimento no SUS e na atenção Psicossocial, se cruzaram, se atravessaram e culminaram em potencializar meios que versam desmantelar a Reforma Psiquiátrica.

A covid-19, favoreceu que aspectos conservadores e autoritários encontrassem na Saúde, espaços propícios para impor mais segregação e diferenças. Nesta oportunidade, campos de forças díspares estiveram no cenário, tais como: potência do mercado (das indústrias de equipamentos, de remédios, de aparatos tecnológicos) versus desfinanciamento do SUS, negacionismo versus enfraquecimento científico, políticas de proteção e bem estar social, versus políticas capitalistas neoliberais, ambulatorização psiquiátrica ou “remanicomialização”, versus atenção psicossocial, antíteses que resultaram em capacidade de resposta reduzida frente a uma pandemia e propagação de mortes, principalmente daqueles marginalizados. Na conjuntura da Saúde Mental, resultou no fortalecimento de um modelo medicalizante e segregador.

Em consonância com o que foi discutido, constata-se que a Saúde Pública no Brasil, ainda se concretiza como resistência, mesmo em meio a tantos ataques e da mesma maneira, a Atenção Psicossocial resiste e ainda luta, por meio do contínuo esforço de trabalhadores, organizações sociais, famílias, usuários, militantes e afins.

O que foi explicitado nesta pesquisa, demonstra a necessidade de se encontrar alternativas para não incorrer em erros, seja de condenar alguns, seja de não cuidar, seja de dizer que trata segregando ou não tratar, só violar. Não é admissível retomar os manicômios. Para tanto, é preciso união para fortalecer estratégias de consolidação da Atenção Psicossocial e do SUS, é preciso exigir Políticas Públicas que defendam os direitos e a diversidade, e do mesmo modo, é preciso encontrar potências e investir no funcionamento máximo dos serviços de base comunitários e dispositivos psicossociais. Este trabalho semeou uma sementinha, mas está muito longe de propor respostas que sustentem o SUS e a Reforma, é preciso mais, mais dizeres, mais lutas, mais propostas, mais. Talvez a mudança de governo, traga nova esperança e mais possibilidades de cuidado no território.

6. Referências Bibliográficas

- 1-Lobosque AM. Foucault e a Luta Antimanicomial Brasileira: uma intensa presença. Psicologia em revista. Belo Horizonte. 2018. Acesso em 12 Nov 2022. Disponível em:<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/18359/14062>.
- 2-Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 27º ed.Petrópolis. Vozes. 1987.
- 3-Siqueira V. Colunas Tortas. O panóptico e o panoptismo – Michel Foucault. 2020. Acesso em 10 Ago 2023. Disponível em: <https://colunastortas.com.br/o-panoptico-e-o-panoptismo-michel-foucault/>.
- 4-Medeiros AM. Sabedoria Política: Um site dedicado ao estudo da Política. O panóptico. Acesso em 10 Agosto de 2023. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/o-panoptico/>.
- 5-Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 7ª Ed. São Paulo: Editora perspectiva. 2013.
- 6-Silva MM. A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de foucault e canguilhem. Interação em Psicologia. 2008.
- 7-Carvalho T. Politize! Capitalismo: entenda como funciona esse sistema de produção! Acesso em 20 de Março de 2023. Disponível em: [Capitalismo: entenda como funciona esse sistema de produção! | Politize](#).
- 8-Moncrieff J. MadinBrasil.org. As funções do Sistema de Saúde Mental sob o Capitalismo. Acesso em 05 Março 2023. Disponível em:[As funções do Sistema de Saúde Mental sob o Capitalismo | Mad In Brasil](#).
- 9- Arbex D. Holocausto Brasileiro. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- 10-Figueirêdo MLR, Delevati DMi, Tavares MG. Entre loucos manicômios: História da loucura a reforma psiquiátrica no Brasil. Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais. 2014. Acesso em 03 Set 2022. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/1797/1067>.
- 11-Conselho Federal de Psicologia-CFP. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, Conselho Nacional do Ministério Público, Ministério Público do Trabalho. Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção Nacional, 1. ed. Brasília : CFP. 2019.
- 12-Enciclopédia Jurídica da PUCSP. Tortura. Tomo VIII (recurso eletrônico) : direito penal / coord. Christiano Jorge Santos - São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2020.
- 13-Campos RO, Emerich BF, Pereira MB, Goto CS, Blanes LS, Rosa-Cómitre ACD. Diário de Bordo para trabalhadores e gestores em percurso de desinstitucionalização. Campinas-SP: UnicampBFM. 2017.

14-Schühli VM. Tendências e contratendências do trabalho com grupos no contexto de disputa de modelos de atenção em saúde mental: uma análise a partir de dois Centros de Atenção Psicossocial. Botucatu, 2020.

15-Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº.3088, de 23 de dezembro de 2011, que 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, 2011. Acesso em Mar 2022. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br).

16-Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002, que institui os Centros de Atenção Psicossocial, 2002. Acesso em 11 Mar 2022. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br).

17-Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Acesso em Outubro 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf.

18-Brasil. Ministério da Saúde. Como se proteger? Medidas não farmacológicas de prevenção e controle da pandemia do novo coronavírus. 2021. Acesso em 22 ABR 2023. Disponível em: [Como se proteger? — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

19-Costa A, Silveira M, Vianna P, Kurimoto TS. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde no Brasil. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. V. 7. 2003. Acesso em Fev 2022. Disponível em: [118- Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil.pdf \(uff.br\)](http://uff.br).

20-Brasil, Ministério da Saúde. Cartilha Política Nacional de Humanização. 2013. Acesso em Mar 2022. Disponível em: [Política Nacional de Humanização - PNH \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br).

21-Yasui, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

22-Lima MGA. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

23-Brasil, Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Org.) Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Acesso em 23 Jan 2023. Disponível em: [guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf](http://saude.gov.br).

24-Ministério da Saúde. Atenção Psicossocial Estratégica. 2023. Acesso em Fev 2022. Disponível em: [Atenção Psicossocial Estratégica — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br).

25-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS : documento base para gestores e

trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. (Acessado em 24 de abril de 2022). Disponível em: [06_0915_M.indd \(saude.gov.br\)](#).

26-Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, GAMA CAP. Avaliação da rede de Centros de Atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Rev. Saúde Pública, 2009. Acesso em Mai 2021. Disponível em: [SciELO - Brasil - Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental](#).

27-Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS. Recomendações Importantes Sobre Água, Saneamento e Higiene Covid - 191 na Comunidade. 2020. Acesso em Mar 2022. Disponível em: [Recomendações importantes sobre água, saneamento e higiene COVID - 19 na comunidade - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#)

28-Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS. Vacinação contra a COVID-19. Orientações para o planejamento da introdução da vacina contra a COVID-19. Julho 2020. Acesso em 13 Nov 2022. Disponível em: [Vacinação contra a COVID-19. Orientações para o planejamento da introdução da vacina contra a COVID-19. 10 de julho de 2020 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#).

29-Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS. Manutenção de serviços essenciais de saúde: orientação operacional para o contexto da COVID-19. 2020. Acesso em 10 Mar 2022. Disponível em: [OPASWBRACOV1920083_por.pdf \(paho.org\)](#).

30-Schaefer BM, Resende RC, Epitácio SSF, Aleixo MT. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. Fórum Perspectivas Práticas: Seção Especial COVID-19. Revista de administração pública-Rio de Janeiro. Jul 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200503>.

31-Valentin A, Mountian AG, Vaz JC, Peres UD, Urquidi VGFD (Org.). Políticas Públicas e Covid-19: A Experiência Brasileira. São Paulo: Edições Each, 2022. DOI: 10.11606/9786588503225.

32-Associação Brasileira de Medicina de Emergência - ABRAMEDE. Recomendações para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados covid-19, pelas equipes de enfermagem de serviços de emergência (pré-hospitalar fixo e intra-hospitalar). 2020. Acesso em Nov 2022. Disponível em: [RECOMENDACOES-ENFERMAGEM-200420.pdf \(cofen.gov.br\)](#).

33-Gomes RMM. O modo Asilar como Paradigma Autoritário das Práticas Dominantes em Saúde Mental. TRANSVERSAL - Revista Anual do IEDA, v.4, n.4, 2006. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [20170411132539.pdf \(uniesp.edu.br\)](#).

34-Machado CV. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: caminhos e desafios. Saúde Debate. 08 Out 2020. V. 44. N. Especial 3. P. 5-8. DOI: 10.1590/0103-11042020E300.

35-Duarte A. A pandemia e o pandemônio: ensaio sobre a crise da democracia brasileira / André Duarte. – 1. ed. Rio de Janeiro: Via Verita. 2020.

36-Conselho Federal de Enfermagem- COFEN. Profissionais de saúde reclamam da falta de equipamentos de proteção individual. 2020. Acesso em 10 de Out 2022. Disponível em: [Profissionais da saúde reclamam da falta de equipamentos de proteção individual | Cofen.](#)

37-Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz. Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura de resposta a esta epidemia. 2020. Acessado em 20 Abr 2022. Disponível em: '[Profissionais de saúde precisam estar protegidos, pois fazem parte da infraestrutura de resposta a esta epidemia' | Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio \(fiocruz.br\).](#)

38-Pereira DB, Marques AAC. “A verdade vos libertará”: a desinformação e a pós-verdade no Governo Bolsonaro no combate à Covid-19. Rev. Ibero-Amer. Ci. Inf. Brasília, v.15, n.3, p.895-912, set./dez. 2022. Acessada em: 09 Mai. 2023. Disponível em: [Vista do “A verdade vos libertará”: a desinformação e a pós-verdade no Governo Bolsonaro no combate à Covid-19 \(unb.br\).](#)

39-Soares SSS, Souza NVDO, Silva KG, Cesar MP, Souto JSS, Leite JCRAP. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual. Rev enferm UERJ. 2020. Acesso em 24 Set 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360>.

40-Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho, JA, Rocha AS, Ferreira A, Victor A, Teixeira C, Machado DB, Paixão E, Alves FJO, Pilecco F, Menezes G, Gabrielli L, Leite L, Almeida MCC, Ortelan N, Hapuk Q, Fernandes F, Ortiz RJF, Palmeira RN, Junior, EPP, Aragão E, Souza LEPF, Netto MB, Teixeira MG, Barreto ML, Ichihara MY, Lima RTRS. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. 2020. Acesso em 23 Abr 2022. Disponível em: scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqg4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt.

41-Goldschmidt R, Siqueira REA. Serviços e Atividades essenciais em tempos de COVID-19: Desafios para o direito do trabalho e seus princípios constitucionais. Periódicos ufpb. 2021. Acesso em 4 Jun 2022. Disponível em: [Vista do Serviços E Atividades Essenciais Em Tempos De Covid19: Desafios Para O Direito Do Trabalho E Seus Princípios Constitucionais \(ufpb.br\).](#)

42-Guljor AP, Amarante P. Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia. In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.42-44.

43-Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 – 25/02/2021. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-cov-2). 2021. Acesso em Ago 2022. Disponível em:

www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf.

44-Merhy EE. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo:Hucitec; 2002.

45-Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

46-Souza ACS, Santos LMRJ, Junior JGF, Correia TSA, Carvalho AL. Revista Saúde em Redes v. 6. Pandemia instalada: a reinvenção do cotidiano dos dispositivos de atenção psicossocial. 2020. Acesso em 04 Mar 2022. Disponível em: [Pandemia instalada: a reinvenção do cotidiano dos dispositivos de atenção psicossocial | Saúde em Redes \(redeunida.org.br\)](https://redeunida.org.br/revista-saude-em-redes/6-pandemia-instalada-a-reinvencao-do-cotidiano-dos-dispositivos-de-atencao-psicossocial).

47-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária de Saúde- SAPS. Tecnologia auxilia no enfrentamento da COVID-19. 2020. Acesso em 10 Set 2022. Disponível em: [Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br/portal-da-secretaria-de-atencao-primaria-a-saude).

48-Brasil. Presidencia da Republica. Lei Nº 13.989, de 15 de Abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavirus. 2020. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [L13989 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br/legis/leis/13989).

49-Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, Silva RM. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. CSP Cadernos de Saúde Pública. 2020. Acesso em 20 Abr 2022. Disponível em: scielo.br/j/csp/a/swM7NVTmYRw98Rz3drwpJf/?format=pdf&lang=pt.

50-Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Digital e Telessaúde. 2021. Acesso em 12 Abr 2022. Disponível em: [Telessaúde — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br/telessaude).

51-Costa C, Fabiani I, Ferrari J, Fripp JC, Silva, LDA, Filho AR. O território COnVIDa a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece. Revista Saúde em Redes, v. 6, Supl.2. 2020. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [v. 7 n. 1Sup \(2021\): Suplemento - O território COnVIDa a reexistir: ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece | Saúde em Redes \(redeunida.org.br\)](https://redeunida.org.br/revista-saude-em-redes/6-supl-2-o-territorio-convida-a-reexistir-ensaios-e-narrativas-sobre-respostas-a-pandemia-nos-pontos-de-atencao-nos-territorios-onde-a-vida-acontece).

52-Iberdrola. A exclusão digital no mundo e por que provoca desigualdade. Acesso em 09 Out 2023. Disponível em: [O que é o Divisão Digital, consequências e como reduzi-lo - Iberdrola](https://www.iberdrola.com.br/pt-br/insights/09-out-2023-a-exclusao-digital-no-mundo-e-por-que-provoca-desigualdade).

53-Noal DS, Passos MFD, Freitas CM. (Org). Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. 23.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

54-Brasil. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Saúde mental e a pandemia de Covid-19. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [Saúde mental e a pandemia de Covid-19 | Biblioteca Virtual em Saúde MS \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br/biblioteca-virtual-em-saude).

55-Merhy EE, Bertussi DC, Santos ML, Rosa NSF. Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: Com-posições e aberturas para mundos outros.

Interface (Botucatu) 2022. Acesso em 22 Abr 2023. Disponível em: scielo.br/j/icse/a/KMp7tmkyd5zFzY4SHMY6LsD/?format=pdf&lang=pt.

56-Garcia MRV, Amorim SC, Rodrigues GV, Mendonça LHF. Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. 2022. Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2022. Acesso em 04 Dez 2022. Disponível em: [Vista do Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19 \(uerj.br\)](https://www.uerj.br/revista-da-faculdade-de-servico-social-da-uerj/contrarreforma-psiquiatrica-brasileira-e-medicalizacao-do-sofrimento-mental-na-pandemia-de-covid-19).

57-Lima LA. O uso de psicotrópicos na Atenção Primária: a medicalização na Estratégia Saúde da Família no contexto da Pandemia por COVID-19. Research, Society and Development. V. 12. 2023. Acesso em 03 Nov 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.38054>.

58-Cardozo TB, Monteiro RAP. Da Psiquiatria Tradicional à Reforma Psiquiátrica: O Ambulatório de Saúde Mental como Serviço de Tratamento. Revista Psicologia e Saúde. V.12. 2020. Acesso em 03 Nov 2022. Disponível em: [v12n2a03.pdf \(bvsalud.org\)](https://www.bvsalud.org/publication/document/psicologia-e-saude-v12n2a03.pdf).

59-Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TBE, Junior HS, Cruz KT. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. Interface Botucatu. 2021. Acesso em 29 Abr 2022. Disponível em: [SciELO - Brasil - A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19 A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19](https://www.scielo.br/brasil/a/crise-como-potencia-os-cuidados-de-proximidade-e-a-epidemia-pela-covid-19).

60-Sanches, VNL. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental em um serviço de atenção básica no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2011. Acesso em 10 Nov 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24285>.

61-Machado J, Lee HW. Erros e acertos na luta contra a pandemia: uma análise comparativa das políticas de combate ao Covid-19 de Brasil e Taiwan. In.: Valentin A, Mountian AG, Vaz JC, Peres UD, Urquidi VGFD (Orgs). Políticas Públicas e Covid-19: a experiência brasileira. 22 ed. São Paulo: Edições EACH. 2022. p. 44 - 58.

62-Tesser CD. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. In: health. Interface - Comunic. Saúde, Educ. V.9. 2006.

63-Gama CAP, Campos RTO, Ferrer AL. Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento. Rev. Latino am. Psicopat. 2014. Acesso em 20 Abr 2021. Disponível em: scielo.br/j/rlpf/a/Lz5jfWb83DWPs7prFwC4XXL/?format=pdf&lang=pt.

64-Martins AG. A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial. Barbacena-MG. 2017. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [A noção de crise no campo da saúde mental: saberes e práticas em um centro de atenção psicossocial \(bvsalud.org\)](https://www.bvsalud.org/publication/document/a-nocao-de-crise-no-campo-da-saude-mental-saberes-e-praticas-em-um-centro-de-atencao-psicossocial).

65-Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P. (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. P.141-168.

66-Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à Crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018. Acesso em 19 Abr 2022. Disponível em: scielo.br/j/csc/a/Jw3ZjFQbY5zcQVZvqY76hxf/?format=pdf&lang=pt.

67-Morato GG. Reabilitação Psicossocial e Atenção Psicossocial: identificando concepções teóricas e práticas no contexto da assistência em saúde mental. São Carlos-SP:UFSCAR. 2019. Acessado em 09 Abr 2022. Disponível em: [15\) Tese Giovana.G.Morato - VERSÃO FINAL DEP. BCO.pdf \(ufscar.br\)](#).

68-Yasui S. Vestígios, desassossegos e pensamentos soltos: atenção psicossocial e a reforma psiquiátrica em tempos sombrios. 2016. 217 f. Tese de Livre-Docência – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2016.

69-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS. 2018. Acesso em 11 Nov 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

70-Vianna LAC. Determinantes Sociais de Saúde: Processo saúde doença. UNASUS. Acesso em 20 Mar 2021. Disponível em: [unidade05.pdf \(unifesp.br\)](#).

71-Dicio-Dicionário on line de Português. Acesso em 08 Nov 2022. Disponível em: [Assistencialismo - Dicio, Dicionário Online de Português](#).

72-Sarnamed. Linha do tempo do Coronavírus no Brasil. 2021. Acessado em: 21 Mar 2022. Disponível em: [Linha do tempo do Coronavírus no Brasil - Sanar Medicina](#).

73-Gerbaldo TB, Antunes JLF. O impacto da pandemia de covid-19 na assistência à saúde mental de usuários de álcool nos Centros de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc*. São Paulo. 2022. Acesso em 23 Nov 2022. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/ghyVcNB8RxnSgjzzJTxmQXF/?format=pdf&lang=pt.

74-Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. O álcool e a COVID-19: o que você precisa saber. 2020. Acesso em 22 Nov 2021. Disponível em: [Coronavirus - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#).

75-Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Brasil vive uma segunda pandemia, agora na Saúde Mental. 2022. Acesso em 12 Fev 2023. Disponível em: [- Brasil vive uma segunda pandemia, agora na Saúde Mental Conselho Federal de Enfermagem - Brasil \(cofen.gov.br\)](#).

76-Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo. 2022. Acesso em 23 Fev 2023. Disponível em: [Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#).

77-Fraga AL, Bruder GM, Reis HCC, Nunes RF. Impacto da Pandemia da Covid-19 na Saúde Mental: Aumento dos Transtornos de Humor e Ansiedade em Pacientes de um Serviço Público no Município de Mineiros. *Revista Saúde Multidisciplinar*.

88-Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.823, de 23 de Agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Gabinete do Ministro. 2012. Acesso em 12 Nov 2023. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br).

89-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica, Saúde do Trabalhador. 2002. Acesso em 12 Nov 2023. Disponível em: [Cadernos de Atenção Básica, n. 5: Saúde do trabalhador - 2ª Edição \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br).

90-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cadernos de Atenção Básica, n. 41- Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Acesso em 12 Nov 2023. Disponível em: [Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br).

91-Cruz APC, Ferla AA, Lemos FCS. Alguns aspectos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador no Brasil. *Psicologia & Sociedade*. 2018. Acesso em 20 Mar 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/4BDSykwn338GmfLxrm5Wf6m/>.

92-Filho JMJ, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2020. Acesso em 22 Out 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120>.

93-Vedovato TG, Andrade CB, Santos DL, Bitencourt SM, Almeida LP, Sampaio JFS. Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2020. Acesso em 13 Nov 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000028520>.

94-Franco L JL, Corsino DLM, Cordeiro SN. Os efeitos do desamparo psíquico em profissionais da saúde no atendimento de pacientes com COVID-19. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. 2022. Acesso em 14 Nov 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v25.484>.

95-Amarante P. É preciso cautela para não patologizar reações de tristeza e sofrimento na pandemia. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz. 2020. Acesso em 09 Out 2021. Disponível em: [Paulo Amarante: 'É preciso cautela para não patologizar reações de tristeza e sofrimento na pandemia' | CEE Fiocruz](http://www.ceefiocruz.fiocruz.br).

96-Whitaker R. O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento. In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.28-31.

97-Benincá PG, Moreira J. A patologização da vida. In.:IV Congresso Ibero-Americano de Humanidades, Ciências e Educação: Desafios Contemporâneos das sociedades ibero-americanas, 2021.

98-Canal Fiocruz-Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Canal Saúde/Fiocruz debaterá a medicamentação do comportamento humano. 2012.

Acesso em 10 Abr 2021. Disponível em: [Canal Saúde/Fiocruz debaterá a medicamentação do comportamento humano na sexta \(4/5\)](#).

99-Ventura CAA. Saúde mental e vulnerabilidade: desafios e potencialidades na utilização do referencial dos direitos humanos. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2017. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [01.pdf \(bvsaud.org\)](#).

100-Conceição LS. 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. 2022.

101- Fiocruz Brasília. População em situação de rua aumentou durante a pandemia. 2021. Acesso em 12 Abr 2022. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/populacao-em-situacao-de-rua-aumentou-durante-a-pandemia/>.

102-Pinto MRF, Silva DS, Jesus SS. Saúde mental e vulnerabilidade social em tempos de pandemia Mental. 2021. Acesso em 22 Jun 2022. Disponível em: [Saúde mental e vulnerabilidade social em tempos de pandemia | de Jesus | Unisanta Law and Social Science](#).

103-Agência Brasil. Pesquisa revela que 19 milhões passaram fome no Brasil no fim de 2020: Dados são de inquérito sobre insegurança alimentar na pandemia. 2021. Acesso em Mar 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/pesquisa-revela-que-19-milhoes-passaram-fome-no-brasil-no-fim-de-2020>.

104-Barbosa RJ, Prates Y. Efeitos de desemprego, do auxílio emergencial e do programa emergencial de preservação do emprego e da renda (MP No 936/2020) sobre a renda, a pobreza e a desigualdade durante e depois da pandemia. Rede de políticas públicas e Sociedade. 2020. Acesso em 12 Ago 2022. Disponível em: [Efeitos de desemprego, do auxílio emergencial e do programa emergencial de preservação do emprego e da renda \(MP No 936/2020\) sobre a renda, a pobreza e a desigualdade durante e depois da pandemia – Rede de Pesquisa Solidária \(redepesquisasolidaria.org\)](#).

105-Toda Matéria. O que é marginalização. Acesso em 04 Fev 2022. Disponível em: [O que é Marginalização? - Toda Matéria \(todamateria.com.br\)](#).

106-Braga CP, Oliveira MAF. A defesa e a garantia de direitos como medida forte da qualidade das redes, serviços e práticas de saúde mental. In.: Dias MK (Org). Políticas de saúde mental: desafios no Brasil pós-pandemia. Curitiba: CRV: 2022. P.33-48.

107-Ministério da Saúde. Painel coronavírus. 2023. Acesso em 15 Nov 2023. Disponível em: [Coronavírus Brasil \(saude.gov.br\)](#).

108-Kinoshita RT. Projeto Terapêutico Singular. In.: Büchele F, Dimenstein MDB (Orgs). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Acesso em 22 Mar

2022. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/M%C3%B3dulo-6.pdf>.
- 109-Kinoshita RT, Trino AT, Guimarães CS, Castro CA, Prado CMAS. Atenção psicossocial e bem viver: relato de experiência de um Projeto Terapêutico Singular pelas dimensões da Felicidade Interna Bruta. Rio de Janeiro, V. 44. 2020.
- 110-Garcia PT, Reis RS (Orgs). Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís: EDUFMA, 2018.
- 111- CAMPOS RO, Gama CAAP. Saúde Mental na Atenção Básica. In: Campos GW de S, Guerrero AVP (Orgs.). Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp
- 112-Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. 2016. Acesso em 22 Maio 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>.
- 113-Oliveira GN. Apoio Matricial como Tecnologia de Gestão e Articulação em Rede. In.: Campos GWS, Guerrero AVP. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. 2007. Acesso em 10 Abr 2022. Disponível em: [Microsoft Word - Manual+das+Práticas+da+Atenção+Básica \(fiocruz.br\)](https://www.fiocruz.br/microsof-word-manual-das-praticas-da-atencao-basica).
- 114-Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS. Provisão remota de intervenções de saúde mental e apoio psicossocial. 2020. Acesso em 12 Abr 2022. Disponível em: [Provisão remota de intervenções de saúde mental e apoio psicossocial \(SMAPS\) \(paho.org\)](https://www.paho.org/pt/provisao-remota-de-intervencoes-de-saude-mental-e-apoio-psicossocial-smaps).
- 115-Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In.: Pitta A. (Org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 4ª. ed. São Paulo: HUCITEC, 2016.
- 116-Saraceno B. Libertando identidades da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. Instituto Franco Basaglia. 2ª. Ed. Te Corá Editora. 2001.
- 117-Sanches LR, Vecchia MD. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. Interface (Botucatu). 2020. Acesso em 22 Mar 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200239>.
- 118-Rodrigues CR, Marinho TPC, Amorim P. Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. Ciência & Saúde Coletiva. 2010. Acesso em 04 Out 2023. Disponível em: [SciELO - Brasil - Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho](https://www.scielo.br/csc/articulo/expresso/Reforma-psiquiatrica-e-inclusao-social-pelo-trabalho).
- 119-Kinoshita RT, Trino AT, Barreiros CA, Schorn Mariana Mota, Taia Duarte. Trino, Alexandre Teixeira. Cuidado em Saúde Mental: do Sofrimento à Felicidade. In: Nunes M, Landim FLP. Saúde Mental na Atenção Básica – Política e Cotidiano. Salvador: EDUFBA. 2016.
- 120-Souza DS, Antunes VH. O efeito da distância segura no afeto dos inviabilizados em tempos de Pandemia. In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos

sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.28-31.

121-Santos CS, Muniz AKS, Almeida LS, Santos MAS, Santos VTC, Souza RC. Apoio matricial na forma de e-terapia: experiência à luz de uma pesquisa-ação durante a pandemia da COVID-19. 2023. Acesso em 25 Nov 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/1807-0221.2023.e84995>.

122-Rodrigues MGA. A força das articulações dos Centros de Atenção Psicossocial no território em tempos de Covid-19, mapeada na ação de extensão universitária. In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.45-47.

123-Amaro AG, Assunção VK. Desmedicalização: O Papel Das Medicinas “Outras”. In.: Anais IV Congresso Ibero-Americano de Humanidades, Ciências e Educação: Desafios Contemporâneos das sociedades ibero-americanas. 2021.

124-Takeda OH. Como um serviço universitário reinventou o acolhimento e o enfrentamento do sofrimento psíquico: relato de prática da USP. In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.58-60.

125-Silva MZ, Ruiz JEL, Barreto AP, Otaviano J, Reis MLA, Mendonça MJ, Svoboda, WK, Baeza C, Filha MOF. Como a Terapia Comunitária Integrativa tem ajudado pessoas a enfrentarem o sofrimento durante a Pandemia da Covid-19? In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.75 - 78.

126-Vasconcelos EM. Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013.

127-Costa C, Fabian I, Ferrari J, Fripp JC, Silva LDA, Roque FA. Os desdobramentos dos grupos de ajuda e suporte mútuo on-line em tempos de crise sanitária mundial. Saúde em Redes. 2020. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-48132020v6n1.3315g569>.

128-Silva EA. Como a sociedade civil tem atuado durante a Covid-19? In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.60 - 63.

129-Otsuka ED. Movimentos antimanicomiais na pandemia: como estão enfrentando estes desafios? In.: Amarante P, Amorim A, Guljor AP, Silva, JPV, Machado K (Orgs). O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. 23 Ed-Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020. p.68 - 71.

130-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

131-Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Institui um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais. 05 Out 1988. Acesso em 21 Abr 2021. Disponível em: [Constituição \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/constituicao/).

132-Braga TBM, Farinha MG. Sistema único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: Desafios e Perspectivas. Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica. set-dez 2018.V 24. P.366-378. DOI: <http://dx.doi.org/10.18065/RAG.2018v24n3.1>.

133-OMS- Organização Mundial da Saúde, OPAS-Organização Pan-Americana de Saúde. A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental. Declaração de Caracas. 14 Nov 1990. Acesso em 11 Mar 2021. Disponível em: [DECLARAÇÃO DE CARACAS \(saude.gov.br\)](http://www.saude.gov.br/declaracao-de-caracas/).

134-Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva. Fev 2009. p.297-305. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

135-Amarante PDC, Pande MNR. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. Ciênc. saúde coletiva. Abr 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400006>.

136-Gorchinski PM, Gonçalves ALS, Rodrigues AO, Floriano LSM. Reabilitação psicossocial e saúde mental: Um enfoque na autonomia e na cidadania. 13 Jan 2013. Vol.5. P.666-676. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-056>.

137-Brasil. Congresso Nacional. Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Acesso em Mar 2021. Disponível em: [L10216 \(planalto.gov.br\)](http://www.planalto.gov.br/leis/10216/).

138-Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In.: Marante P.(Org.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p.13-44.

139-Assis JTA, Barreiros GB, Conceição MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. Dez 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

140-Chagas C, Paula TCS, Galduróz JCF. A linguagem e o estigma: os termos utilizados na área de álcool e outras drogas. Epidemiol. Serv. Saúde. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100024>.

141-Brasil. Ministério da Saúde- Secretaria Executiva. A Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários De Álcool e Outras Drogas. 2003. Acesso

em Abr 2021. Disponível em: [Microsoft Word - A POL.TICA DO MINIST.RIO DA SA.DE PARA A ATEN..O INTEGRAL . \(saude.gov.br\)](#).

142-Marques LS, Costa JHM, Gomes MM, Silva MM. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. Ciênc. saúde coletiva. Jan 2022. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>.

143-Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. Saúde em Debate. Vol. 32. 2008. p. 27-37. Acesso em Abr 2021. Disponível em: [Redalyc.A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental](#).

144-Brasil. Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Governo do Estado. 2023. Acesso em 01 Nov 2022. Disponível em: [Centros de Atenção Psicossocial - CAPS — Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](#).

145-Severo AK, Dimenstein M. Processos de Trabalho e gestão na estratégia de Atenção Psicossocial. Psicol. Soc. Ago 2011. DOI:<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000200015>.

146-Aragão VS. A importância de grupos terapêuticos no CAPS. Jusbrasil. 2021. Acesso em 22 Abr 2022. Disponível em: [A importância dos grupos terapêuticos no CAPS. | Jusbrasil](#).

147-Liebmann M. Exercícios de arte para grupos: um manual de temas, jogos e exercícios, São Paulo: Summus, 2000.

148-Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Interface Botucatu. V. 14. Mar 2010. DOI:<https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>.

149-Morais APP, Guimarães JMX, Alves LVC, Monteiro ARM. Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. Ciênc. saúde coletiva. V.26. Mar 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.09102019>.

150-Magrini JM, Homercher BM, Vieira MV. O Impacto da Pandemia Covid-19 em um Serviço De Saúde Mental de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Anais do V SERPINF e III SENPINF. 2020. Acesso em Mar 2021. Disponível em: [Microsoft Word - 60 \(puhrs.br\)](#).

151-Fundação Oswaldo Cruz- Fiocruz- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Intersetorialidade. 2020. Acesso em Fev 2021. Disponível em: [Intersetorialidade - Determinantes Sociais da Saúde \(fiocruz.br\)](#).

152-Campos RO, Figueiredo MD. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas,SP:uma rede ou um emaranhado. Ciênc. saúde coletiva. V. 14. Fev 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100018>.

153-Filho MMS. Web-conferência Estratégias de cuidado na RAPS às pessoas com problemas de saúde mental em conflito com a lei. Secretaria de Atenção Especializada-SAES. Departamento de Saúde Mental Álcool e outras

Drogas-DESME. Acesso em 29 Nov 2023. Disponível em: [Apresentação do PowerPoint \(cosems sp.org.br\)](#).

154-Ferigato SH, Campos RO, Ballarin MLG. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP. V.6. 2007. Acesso em Abr 2021. Disponível em: [Microsoft Word - 03_O ATENDIMENTO A CRISE EM SAUDE MENTAL_OK.doc \(unicamp.br\)](#).

155-Vasconcelos EM. Planejar a retomada da reforma psiquiátrica a partir de 2023, em todas as suas frentes, mas de olho crítico nos enormes desafios da conjuntura brasileira. In.: Dias MK (Org). Políticas de saúde mental: desafios no Brasil pós-pandemia. Curitiba: CRV : 2022.

156-Fiorati RC, Saeki T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. Revista Saúde em Debate. v.37. P. 305-312. Rio de Janeiro. Jun 2013. Acesso em 22 Mar 2021. Disponível em: [SciELO - Brasil - As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental](#)

157-Passarinho JGN. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade contemporânea. V.20. DOI:<https://doi.org/10.12957/rep.2022.63451>.

158-Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional Nº.95 de 15 de Dezembro de 2016. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o novo regime fiscal e dá outras providências. 2016. Acesso em 22 Mar 2022. Disponível em: [Emenda Constitucional nº 95 \(planalto.gov.br\)](#).

159-Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Institucionais. V.4. Abr 2017. Acesso em 20 Fev 2021. Disponível em: scielo.br/j/rinc/a/wJb3fZFMmZh65KfmrcWkDrp/?format=pdf&lang=pt.

160-Campos RTO. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cad. Saúde Pública. 2019. DOI:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>.

161-Oliveira WF. Eletroconvulsoterapia (ECT)/Eletrochoque: A Produção de Evidências Sobre Seu Uso, Eficácia e Eficiência. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. V.11. JUN 2019. DOI: <https://doi.org/10.5007/cbsm.v11i28.69772>.

162-Ramôa M, Teixeira MB, Belmonte P. As comunidades terapêuticas no cenário das políticas públicas: o retorno a práticas institucionalizantes. Revista Platô: Drogas e Política. 2019. Acesso em Fev 2021. Disponível em: pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/11/Plato.pdf.

163-Passos RG, Gomes TMS, Farias JS, Araújo GCL. A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health. V.13. Dez 2021. Acesso em Mar 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>.

164-Nunes MO, Junior JML, Portugal CM, Torrenté M. Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. Ciênc. saúde coletiva. Dez 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>.

165-Maestrello MC. Análise da Lei nº 10.216/2001 e o avanço da contrarreforma psiquiátrica no Brasil. Revista Jus Navigandi. Abr 2023. Acesso em Nov 2023. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/102700>.

166-Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde. V.18. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

167-Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. Sobre as mudanças na Política de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019. Acesso em 14 Mar 2021. Disponível em: [Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas - ABRASCO](#).

168-Sampaio ML. Júnior JPB. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. Trabalho, Educação e Saúde. V. 19. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>.

169-Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS. Histórico da pandemia de COVID-19. 2023. Acesso em Nov 2023. Disponível em: [Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde \(paho.org\)](#).

170-Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA. Regulamento Sanitário Internacional- RSI. 2005. Versão em português aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09. Acesso em Abr 2022. Disponível em: [Regulamento Sanitario Internacional 2005.indd \(www.gov.br\)](#).

171-Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do Novo Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2020. Acesso em Fev 2022. Disponível em: [14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf \(saude.rs.gov.br\)](#).

172-Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS. COVID-19 Manejo Clínico: Orientação dinâmica. 25 de janeiro de 2021. Acesso em 22 Out 2022. Disponível em: [OPASWBAPHECOVID-19210008_por.pdf \(paho.org\)](#).

173-Iglescias W. Respostas à pandemia: a experiência brasileira em comparação com outros países da América Latina. In.: Valentin A, Mountian AG, Vaz JC, Peres UD, Urquidi VGFD (Orgs). Políticas Públicas e Covid-19: a experiência brasileira. 22 ed. São Paulo: Edições EACH. 2022. p. 17 - 42.

174-Ceballos AGC. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. 2015. Acesso em 20 Jun 2022. Disponível em: [Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde | campusvirtualsp_brasil \(bvsalud.org\)](#).

175-Martins TO, Costa JFA. Concepções de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial sobre promoção da cidadania. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. V.11. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.2022.4054>.

176-Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social teoria, método e criatividade. 26ªEd.Petrópolis-RJ. Vozes. 2007.

177- Governo do Estado de São Paulo. Plano de Desenvolvimento Humano Integrado-PADUI. Região Metropolitana de Campinas-RMC. 2018. Acesso em 15 Mar 2023. Disponível em: [Região Metropolitana de Campinas \(RMC\) – PDUI-RMC \(Região Metropolitana de Campinas\)](#).

178-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. 2021. Acesso em 12 Dez 2022. Disponível em: [IBGE | Portal do IBGE](#).

179- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. Consulta de Estabelecimentos-Identificação. Acesso em 09 Mar 2022. Disponível em: [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde \(datasus.gov.br\)](#).

180- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 130, de 26 de Janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. 2012. Acesso em Abr 2022. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#).

181- Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª.Ed. Edições70: São Paulo. 1977.

182 - Netto RMR, Chagas CAN. O Método Hermenêutico-Dialético aplicado às Ciências Sociais: uma análise sobre sua utilização para o estudo do tráfico de drogas. Textos & Contextos. V.18. Jul 2019. DOI: <http://doi.org/10.15448/1677-9509.2019.2.29611>.

183 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional De Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (Sus). Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](#).

184- Branco SC. Política de Atenção Básica de Saúde (PNAB): Princípios e diretrizes. Curso de Especialização em Saúde da Família. Produção do cuidado e atenção integral. UNASUS. Acesso em 20 jan 2024. Disponível em: [MODELO DE MEMORIAL DESCRITIVO \(unasus.gov.br\)](#).

185- Rotoli A, Silva MRS, Santos AM, Oliveira AM, Gomes GC. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. Escola Anna Nery. 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303.

186- Sampaio ML, Junior JPB. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. Cadernos De Saúde Pública, 37(3), e00042620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>

187- PEREIRA EL, CORTEZ LCA, FONTES FF, SILVA M de F dos S. Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica. Rev. Polis Psique, 2021, vol.11, n.2, pp. 51-71. ISSN 2238-152X. Acesso em 31 mar. 2024. Disponível em: [Medicalização do viver entre usuárias de psicotrópicos na atenção básica \(bvsalud.org\)](#).

188- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & saúde coletiva**, jun. 2018, <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>.

189 - CENAT-Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas. Franco Basaglia, a figura-símbolo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Acesso em 18 Mai. 2024. Disponível em: [Franco Basaglia, a figura-símbolo da Reforma Psiquiátrica no Brasil - Blog Cenat \(cenatcursos.com.br\)](https://cenatcursos.com.br).

190 - Plataforma Regiões e redes. Caminhos para a universalização de saúde no Brasil. 2023. Acesso em 02 Fev. 2023. Disponível em: [Região e Redes | Banco de Indicadores \(resbr.net.br\)](https://resbr.net.br).

ANEXOS

Roteiro Operacionalização Grupo Focal

- 1) Recebimento dos participantes: Boas vindas, apresentação da equipe e participantes, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, distribuição e preenchimento do questionário sociodemográfico e esclarecimentos sobre a dinâmica das discussões e objetivos da pesquisa.
- 2) Objetivos e operacionalização da sessão: explicitação dos objetivos da pesquisa, informe sobre as ações e papel do moderador (preparar a instrumentalização de todas as fases, conduzir as discussões de acordo com roteiro previamente preparado, permitindo ao entrevistado falar livremente e diante de desvios do tema original, promover a retomada) e papel do observador (fazer registro das dinâmicas grupais, auxiliar o moderador na condução das discussões, colaborar com o facilitador na coordenação do tempo, monitorar equipamento de gravação, fazer registros relacionados a fala dos participantes), realizar "contrato do grupo" acerca de tempo de duração, retiradas, respeito a fala de cada um, e outras regras básicas.
- 3) Questões disparadoras para três momentos distintos:
 - Cuidado antes da pandemia;
 - Cuidado Durante a Pandemia;
 - Cuidado depois da vacina forma de cuidado atual;

Elencar: principais estratégias/intervenções; Atenção a situações de crise; Articulação com a Rede; Processos para assegurar reabilitação psicossocial;
- 4) Questão de transição: Explicação acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre reformulações da Rede de Atenção Psicossocial, alterando a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, assim, pergunta-se:
 - Como a promulgação desta lei altera o cuidado em Saúde Mental?
- 5) Questão para fechamento: O que mais gostariam de acrescentar?
- 6) Encerramento: Resumo dos principais apontamentos realizados pelo grupo durante o processo.

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ Sexo: feminino () masculino ()

Formação: _____ Função _____

Pós-graduação: _____

Tempo de trabalho no CAPS: _____

Regime de Contratação: _____

Tempo de trabalho na Saúde Pública: _____