

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia:
Covid-19**

Felipe Aureliano Martins

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.

São Paulo
2021

**O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia:
Covid-19**

Felipe Aureliano Martins

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de vida e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Alberto Olavo Advincula Reis.

Versão Corrigida
São Paulo
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Martins, Felipe Aureliano

O trabalho interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de pandemia: Covid-19 / Felipe Aureliano Martins; orientador Alberto Olavo Advincula Reis. -- São Paulo, 2021.

108 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2021.

1. Saúde mental. 2. Centro de atenção psicossocial. 3. Análise institucional. I. Advincula Reis, Alberto Olavo, orient. II. Título.

MARTINS, Felipe Aureliano, O trabalho Interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de Pandemia: COVID-19 - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Nome: MARTINS, Felipe Aureliano.

Título: O trabalho Interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de Pandemia: COVID-19.

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

À Aurora e Jaqueline. Por tudo o que vocês representam na minha vida.

Aos meus avós Manoel, Helena, Martins e Jeronyma. Aqueles que se foram permanecem em sua infinitude.

AGRADECIMENTOS

Com toda a certeza, não foram poucas as pessoas e os encontros que possibilitaram a realização deste trabalho. Sinto que este trabalho é o resultado de diferentes experiências que, a partir do meu envolvimento e do caminho trilhado no campo da saúde mental, dentro das minhas implicações e da minha história pode se materializar.

Ao meu Pai, Nilson, e à minha Mãe, Sônia. Sem o amor de vocês nada disso seria possível.

Agradeço ao meu orientador, Professor Dr. Alberto, por ter sempre me aberto as portas mesmo nos momentos em que eu, sem entender, tentei fechá-las.

À professora Dra. Lariza Rézio cujo encontro em Cuiabá, em momento de grandes mudanças na minha vida, possibilitou que eu pudesse realizar esta pesquisa. Tal encontro me abriu novas portas para o crescimento.

Às professoras Eroy e Poliany por participarem da banca de comissão julgadora.

Às professoras Fabíola e Elaine que participaram da primeira qualificação.

À querida Carmen “Carmencita”, secretária do nosso departamento, sempre prestativa e solícita. Nossas conversas e nossas risadas tornaram momentos difíceis mais amenos. Espero que você possa florescer, ainda mais, em seu novo caminho.

Ao trio Mirelly, Aline e Juliana, sinto que a nossa dedicação e o nosso trabalho possibilitaram nosso crescimento enquanto pesquisadores em formação.

Aos profissionais e usuários dos serviços em que trabalhei. Todos vocês de alguma forma contribuíram para a minha formação profissional e pessoal. Na vida levamos algumas coisas e deixamos outras pelo caminho. Vocês merecem reconhecimento e valorização.

Aos trabalhadores do CAPS CPA IV que abriram as portas da instituição e que, ao me acolherem, dividiram as suas experiências e seu cotidiano de trabalho comigo em momento tão adverso pelo que passamos durante esta Pandemia de COVID-19, no qual o trabalho de

vocês é de suma importância para a sociedade e para a população. Vocês são a linha de frente da Saúde Mental no município.

Aos membros do LASAMEC, lugar onde esta jornada do mestrado teve o seu início e com quem em diferentes momentos pude ter as mais diversas trocas e aprendizados.

Aos amigos que fiz e levo para a vida nos corredores, salas, jardim e "bandejões" da FSP/USP. Em especial, Érica, Lorryne, Cris, Gabi, Luana e Thalita.

Aos companheiros de empreitadas da ABRAMD-EDUCAÇÃO de São Paulo/SP, Nani, Jorgito, Yone, Eroy, Lurdinha, Júlia, Helena, Tati, Emérita e quem mais eu possa não ter citado aqui.

Aos mais que amigos Dani, Dudu, Marcelinho e Thui. A vida nos aproxima e depois nos afasta, mas a cada reencontro o sentimento vivo permanece.

Ao Professor Dr. Aurélio pelo investimento inicial em minha formação acadêmica e pela possibilidade que me foi dada para ampliar meus horizontes. Entre as idas e vindas da vida, é importante preservar e manifestar a nossa gratidão com aqueles que nos estenderam a mão.

Aos membros do Coletivo InterCambiantes -BR, em especial aos dos núcleos SP e MT. Don Carlos, Soraya, Luciana, Dani, Rubens, Celi, Iza, Helena e Duque, entre tantos outros. Aos não mencionados a gratidão e o carinho é o mesmo.

A Deus e ao Universo pela oportunidade.

RESUMO

MARTINS, F.A. **O trabalho Interprofissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de Pandemia: COVID-19.** 2021 [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2021.

Introdução: A pandemia da Covid-19 provocou mudanças no funcionamento dos serviços e na saúde mental da população, revelando problemas instituídos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) brasileira, suas novas necessidades, e os impasses para a produção do cuidado nos serviços de base territorial comunitária. Em um cenário pautado pela Pandemia da COVID-19 é importante a reflexão do processo de trabalho para viabilizar um cuidado interprofissional em saúde mental e em rede. A interprofissionalidade diz respeito ao fazer colaborativo entre dois ou mais profissionais de diferentes formações que estimulam discussões e trocas sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. No qual, há a troca de saberes e práticas que possibilitam a ampliação do olhar e da clínica. Pensando nisso, e tendo em vista o recente processo de reforma psiquiátrica no país, a pesquisa analisou a compreensão dos profissionais de saúde referente à noção de trabalho interprofissional para a execução do cuidado em saúde mental de pessoas vulneradas pelo sofrimento psíquico, os impactos da pandemia no cotidiano do trabalho interprofissional de um serviço de saúde mental e sua articulação com outros serviços da RAPS e os movimentos instituídos e instituintes referentes ao trabalho em saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19.

Objetivo: Analisar o trabalho Interprofissional em um CAPS no contexto de pandemia: COVID-19. **Métodos:** Trata-se de pesquisa exploratória, qualitativa e descritiva realizada em um CAPS de uma capital do Brasil. A produção dos dados foi obtida por meio de registro de diário de campo e da aplicação de entrevista semiestruturada sobre o cotidiano do trabalho interprofissional no cuidado saúde mental, no contexto da pandemia, as quais tiveram seus áudios gravados, transcritos, categorizados por temas, e analisados através da metodologia da Análise Institucional (AI), proposta por Lourau. Assim, foi possível explorar os resultados da pesquisa e produzir uma análise. **Resultados:** Foram identificadas quatro categorias temáticas: Percepção do trabalho Interprofissional por profissionais no cuidado em Saúde Mental; O cotidiano de trabalho no CAPS durante a pandemia; A (des)articulação da RAPS e Repercussões na saúde mental dos profissionais do CAPS como consequência do cenário pandêmico. A exposição dos resultados e a discussão buscaram ecoar as vozes dos trabalhadores do CAPS e identificar os movimentos instituídos e instituintes no trabalho interprofissional para o cuidado em saúde mental no contexto da pandemia de COVID-19.

Conclusão: Olhar para a prática do cuidado em saúde mental, pensar em (re)inserção social através da (re)habilitação psicossocial e promover tratamento de base territorial em saúde mental, por meio do trabalho interprofissional, é um desafio frente a falta de investimentos e capacitação adequada dos profissionais, revelados pela pandemia. Os achados sugerem falhas na gestão dos serviços da rede, a fragmentação do trabalho, a desassistência, a desarticulação da RAPS e a cronificação de práticas manicomialis.

Palavras-chave: saúde mental, centro de atenção psicossocial, análise institucional.

ABSTRACT

MARTINS, F.A **The Interprofessional Work in a Psychosocial Care Center (CAPS) in the Context of a Pandemic: COVID-19.** 2021. [Dissertation]. Sao Paulo: Faculty of Public Health at University of Sao Paulo; 2021.

Introduction: The pandemic of Covid-19 caused changes in the functioning of services and in the mental health of the population, revealing problems instituted in the Brazilian Psychosocial Care Network (RAPS), its new needs, and the impasses for the production of care in community-based territorial services. In a scenario marked by the Pandemic COVID-19, it is important to reflect on the work process to enable an interprofessional mental health care and network. Interprofessionalism refers to the collaborative work between two or more professionals from different backgrounds that stimulate discussions and exchanges about aspects common to more than one specialty. In which, there is an exchange of knowledge and practices that allow the expansion of the view and of the clinic. With this in mind, and in view of the recent process of psychiatric reform in the country, the research analyzed the understanding of health professionals regarding the notion of interprofessional work for the exercise of mental health care for people vulnerable to mental suffering, the impacts of the pandemic in the daily life of interprofessional work of a mental health service and its articulation with other services of the RAPS and the movements instituted and instituting concerning the work in mental health in the context of the pandemic of COVID-19.

Objective: To analyze the interprofessional work in a CAPS in the context of the pandemic: COVID-19. **Methods:** This is an exploratory, qualitative and descriptive research conducted in a CAPS of a capital city of Brazil. The production of data was obtained through field diary recording and the application of semi-structured interviews about the daily life of interprofessional work in mental health care, in the context of the pandemic, which had their audios recorded, transcribed, categorized by themes, and analyzed through the methodology of Institutional Analysis (IA), proposed by Lourau. Thus, it was possible to explore the research results and produce an analysis. **Results:** Four thematic categories were identified: Perception of Interprofessional work by professionals in Mental Health care; The daily work in CAPS during the pandemic; The (dis)articulation of RAPS and Repercussions on the mental health of CAPS professionals as a consequence of the pandemic scenario. The exposure of the results and the discussion sought to echo the voices of CAPS workers and identify the instituted and instituting movements in the interprofessional work for mental health care in the context of the pandemic of COVID-19. **Conclusion:** To look at the practice of mental health care, think about social (re)insertion through psychosocial (re)habilitation and promote territorial-based treatment in mental health, through interprofessional work, is a challenge facing the lack of investment and adequate training of professionals, revealed by the pandemic. The findings suggest failures in the management of network services, the fragmentation of work, the lack of care, the disarticulation of RAPS and the chronification of asylum practices.

Key words: mental health, psychosocial care center, institutional analysis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. CAPÍTULO 1 – A PANDEMIA DE COVID-19 E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	21
2.1. A PANDEMIA E SUAS INTERCORRÊNCIAS: FACETAS E IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL.....	21
2.2. O DIREITO À SAÚDE (MENTAL).....	24
2.3. CONCEITO DE SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	27
2.4. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	29
2.5. O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	31
2.5.1. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps).....	31
2.5.2. O Centro de Atenção Psicossocial (Caps).....	32
2.6. A INTERPROFISSIONALIDADE E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	35
3. OBJETIVO GERAL	38
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
4. CAPÍTULO 2 - PERCURSO METODOLÓGICO	39
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	39
4.2. ANÁLISE INSTITUCIONAL.....	40
4.3. TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	43
4.4. CENÁRIO DA PESQUISA.....	45
4.5. POPULAÇÃO DA PESQUISA.....	45
4.6. INSTRUMENTOS.....	46
4.7. PRODUÇÃO DE DADOS.....	47
4.8. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	48
4.9. ASPECTOS ÉTICOS.....	48
5. CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1. PERCEPÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	50
5.1.1 Como a compreensão do trabalho interprofissional se concretiza na prática cotidiana.....	52
5.2. O COTIDIANO DE TRABALHO NO CAPS DURANTE A PANDEMIA.....	57
5.2.1. Esmacimento das práticas de cuidado.....	64
5.2.2 O paradoxo da sobrecarga de trabalho.....	66
5.2.3 Novas modalidades de Cuidado.....	68
5.3. A (DES)ARTICULAÇÃO DA RAPS.....	70
5.4. REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DO CAPS COMO CONSEQUÊNCIA DO CENÁRIO PANDÊMICO.....	79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
7. REFERÊNCIAS	91

APÊNDICES	102
APÊNDICE 1: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS	102
APÊNDICE 2: ROTEIRO DA ENTREVISTA	103
APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL_COVID-19.....	105
CURRÍCULO LATTES - 1	107
ALBERTO OLAVO ADVINCULA REIS.	107
CURRÍCULO LATTES – 2	108
FELIPE AURELIANO MARTINS	108

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAMD	Associação Brasileira de Estudos Multidisciplinares sobre Drogas
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COMUDA	Conselho Municipal de Drogas e Álcool de São Paulo
DBA	De Braços Abertos
FSP	Faculdade de Saúde Pública
LASAMEC	Laboratório de Saúde Mental Coletiva
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Serviço de Assistência Especializado
SM	Saúde Mental
SIAT-III	Serviço Integral de Acolhimento Terapêutico
PRD	Programa de Redução de Danos
USP	Universidade de São Paulo
COVID-19	Corona Vírus Disease 2019
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EIP	Educação Interprofissional
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

APRESENTAÇÃO

Em 2010, troquei a formação em Ciências Jurídicas pela da Psicologia, após haver cursado durante um semestre as duas graduações de forma simultânea. Jamais poderia imaginar quais seriam os desdobramentos dessa escolha. A única certeza que restava era a possibilidade de exercer o cuidado como profissão, pois era mais encantador do que exercer o direito.

A partir de 2014, durante a trajetória da formação inicial da graduação em Psicologia, entre os anos de 2010 a 2015, tive a oportunidade de atuar como um Agente de Redução e Prevenção de Danos em uma das células do Programa de Redução de Danos, (PRD) na zona central da capital paulista. Nossa base se estabelecia dentro do SAE Campos Elíseos (Serviço de Assistência Especializado - serviço que presta atendimento integral aos pacientes com IST/HIV/Aids e Hepatites virais). Numa região da cidade conhecida como “cracolândia”.

Tal programa visava, por meio de ações de educação em saúde, reduzir riscos e danos de agravos à saúde gerados por condições de vulnerabilidade como consequência do atravessamento do uso abusivo de drogas. Na prática, além do planejamento do quê e do modo de fazer, eram realizadas ações de campo.

Nessas ações de campo, costumávamos realizar acolhimentos de pessoas pelo emprego da escuta qualificada, encaminhamentos a serviços de saúde da região, distribuição de diferentes tipos de insumos (ex: informes, camisinhas, água, piteiras e etc.) e oficinas, como as: de futebol; de construção de cachimbos menos nocivos à saúde e com a utilização de piteiras individuais (que na prática ajudavam a conter a transmissão horizontal de doenças, como a tuberculose); a de distribuição, empréstimo e troca de livros. Tudo em meio ao “fluxo” de pessoas que ali trafegavam, transitavam, conviviam e habitavam. No meio das ruas realizando os mais diversos tipos de trocas e interações sociais.

Foi a execução dessas tarefas que abriram as portas para a oportunidade de trabalhar no programa municipal São Paulo de Braços Abertos. Também conhecido como o “DBA”, o programa ganhou notoriedade pelo seu pioneirismo nos modelos de oferta e cuidado para o tratamento de usuários crônicos de crack, álcool e outras drogas no município de São Paulo-SP.

Durante o período de pouco mais de dois anos, de 2016 a 2018, exerci a função de técnico-socioeducativo em um dos Hotéis Sociais na Região da Freguesia do Ó (zona norte da capital paulista). Além da moradia social disponibilizada na forma dos quartos dos hotéis, também é fornecida alimentação, frente de trabalho e articulação com serviços da rede de

saúde, trabalho e assistência social, não havendo a exigência de contrapartidas, como por exemplo ficar abstinente.

Apesar da extinção do programa, o referido Hotel Social ainda existe, em moldes similares. Este continua sob a administração municipal, mas ocorreu a troca de gestão da pasta da Saúde pela da Assistência. Agora vigora o Programa “Redenção” e os Hotéis Sociais possuem a nomenclatura de SIAT - III (Serviço Integral de Acolhimento Terapêutico)

Os moradores deste serviço (também chamados de beneficiários), em sua maioria são pessoas que possuem ou tiveram alguma questão com o abuso de substâncias psicoativas (álcool, crack e outras drogas), de extrema vulnerabilidade e que se encontravam em situação de rua na região localizada entre os bairros da Luz e Campos Elíseos.

Mesmo com as questões elencadas, essas pessoas costumeiramente se socializam, criam vínculos e laços sociais com outras pessoas e territórios. Ao entrarmos nos hotéis podemos ver a expressão desse fenômeno: a constituição dos vínculos, em diferentes formas. A mais contundente - e inesperada - é a concepção de novas vidas e famílias no âmbito do cenário apresentado. Desta forma, o hotel é um espaço de cuidado, resguardo e garantia de direitos, mas também um ambiente de constituição familiar.

Foi justamente este anseio de entender e compreender melhor esses aspectos, quanto aos modelos de cuidados e as vulnerabilidades presentes entre os usuários de substâncias psicoativas residentes do hotel social, seus vínculos afetivos e sociais, oriundos da percepção e da observação no exercício da prática profissional, que me fez procurar pelo Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC), e que, anos depois, desdobra-se com a realização da presente pesquisa.

Posteriormente migrei para o trabalho no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas III (CAPS-AD - III) da Brasilândia, na zona norte da capital paulista. Onde trabalhei até o início de 2020. No CAPS-AD Brasilândia, tive a oportunidade de trabalhar e aprender no serviço de saúde que é a figura central da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e da política de Saúde Mental, como parte do modelo substitutivo ao asilar-manicomial e que realiza o cuidado de base territorial comunitária. Aquele que se insere e atende a população nos bairros.

Na rotina de trabalho fazia desde atividades de convivência terapêutica, acolhimentos, atendimentos individuais e em grupo, rodas de conversa, até reuniões de micro-rede e ações de matriciamento (atividade essencial para a articulação das redes intra e inter setoriais e para gestão do cuidado de pessoas e de territórios).

Aos poucos, com o passar dos anos, das experiências adquiridas, e as mais diversas trocas realizadas, pude ver a minha implicação com o campo e a instituição da Saúde Mental crescer e florescer. Tornei-me, além de um redutor de danos, um “mentaleiro¹”. Desta forma, acredito que esta implicação e a minha trajetória culminaram com a realização do presente trabalho, mesmo que não seja o projeto inicial aprovado na qualificação.

Atualmente trabalho no CAPS-AD II Vila Madalena (PROSAM). O primeiro CAPS-AD da cidade de São Paulo-SP. Sou pesquisador CNPq e membro da Associação Brasileira de Estudos Multidisciplinares sobre Drogas (ABRAMD), figurando como conselheiro executivo e representante da sociedade civil no Conselho Municipal de Drogas e Álcool de São Paulo (COMUDA). Além de fazer parte, com muito carinho e orgulho, do coletivo InterCambiantes-BR, espaço em que tive a chance de conhecer e me relacionar com as mais diversas personalidades da área do cuidado, da bioética, dos direitos humanos, álcool e outras drogas, redução de danos e da saúde mental em geral.

¹ Aqui cabe explicar o que esse neologismo quer dizer, como parte da história da Reforma Psiquiátrica e Sanitária Brasileiras – “mentaleiro” é o trabalhador da área do cuidado em saúde mental, inserção e reabilitação psicossocial, cuidado em liberdade, garantia de direitos e direitos humanos.

1. INTRODUÇÃO

Ao refletirmos o atual cenário mundial, faz-se importante pensá-lo nas ações coletivas que resultam em novos paradigmas, devido às diversas modificações no funcionamento das relações sociais, que vêm sendo necessárias para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Esta nova perspectiva impacta em todos âmbitos da vida das pessoas, individual e coletivo, gerando medo e temeridade diante das incertezas emergidas por este novo contexto.

O "novo coronavírus", assim batizado, evidenciou variações nas reações dos indivíduos contaminados que vão desde quadros assintomáticos, até quadros infecciosos agudos, que culminam rapidamente em agravamento de quadros respiratórios, causando pneumonias, afetando outros órgãos e sem respostas com administração dos medicamentos da terapia antibiótica usual, levando a óbitos de forma célere. A sua proliferação ocorre, principalmente, através das gotículas expelidas pelo indivíduo infectado ao falar, tossir e espirrar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Tendo em vista seu alto potencial de transmissibilidade, a doença verteu para outras regiões da China e do mundo em um curto espaço de tempo, dando início ao que o mundo passou a vivenciar e conhecer como: a pandemia de COVID-19. Deste modo, diante da sua capilaridade e do grande impacto global produzido, a nova variante do coronavírus está sendo considerada a síndrome respiratória viral mais severa desde a pandemia de influenza H1N1, em 1918 (FERGUSON et al., 2020). As estimativas são de que essa pandemia, também conhecida como “gripe espanhola”, vitimou entre vinte e cinquenta milhões de pessoas em todo o mundo, há pouco mais de cem anos (MATOS; MATOS, 2018).

Diante da inexistência de imunizantes e de medicamentos eficazes para tratamento do vírus, medidas sanitárias e de saúde pública foram adotadas. Segundo Ferguson et al. (2020), intervenções não farmacêuticas buscam reduzir as taxas de contato entre os indivíduos e, desse modo, reduzir a propagação do vírus, por meio da adoção de medidas de distanciamento e o isolamento social. Entretanto, salienta que é necessária uma combinação de intervenções, já que a eficácia isolada dessas medidas é limitada (FERGUSON et al., 2020). Assim, tais medidas que buscam o controle da pandemia através do isolamento e do distanciamento social e o impacto financeiro oriundo do contexto pandêmico, também podem reverberar negativamente na saúde mental da população, especialmente nos profissionais que atuam na área da saúde (SCHMIDT et al., 2020).

Ao olharmos para a evolução deste panorama, por se tratar de um cenário inédito para a imensa maioria das pessoas, diferentes intercorrências seguem impactando o modo de viver das populações. Lidar com o desconhecido impacta cada indivíduo de modo singular, gerando diferentes reações e desdobramentos diante do vivenciado. Sabemos que o estresse gerado pelo medo de adoecer e pelo isolamento e o distanciamento, afeta a vida das pessoas de modo geral (WANG et al., 2020). Tal cenário, ainda, apresenta como dificuldade a não compreensão efetiva por boa parte da população sobre as orientações fornecidas pelas autoridades sanitárias, podendo ser agravado pela propagação de mitos e informações equivocadas sobre o quadro infeccioso e as medidas de prevenção adequadas (BAO et al., 2020; SCHMIDT et al., 2020).

Dentre os temas abordados pelos profissionais da saúde mental junto à população geral, podemos destacar: informações sobre reações esperadas no contexto de pandemia, como a manifestação de sintomas de ansiedade e estresse, além de emoções negativas, como tristeza, medo, solidão e raiva. A célere disseminação do novo coronavírus por todo o planeta, as incertezas sobre como controlar a doença e sobre sua gravidade, além da imprevisibilidade acerca do lapso temporal de duração da pandemia e dos seus desdobramentos, caracterizam-se como fatores de risco à saúde mental da população geral (WEIDE; VICENTINI; ARAUJO, 2020; ZANDIFAR; BADRFAM, 2020).

Mediante a essas mudanças e os agravos na saúde mental da população, é imprescindível discutir a readequação da oferta de cuidado em saúde mental em consonância com a pandemia causada pelo COVID-19. Pela sua característica de prestação do cuidado em saúde mental sob a ótica do cuidado de base territorial comunitária, cuja a oferta de serviços de faz dentro dos bairros, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o CAPS é um equipamento de suma importância para o atendimento da população (BRASIL et al., 2004, 2015), principalmente no enfrentamento das adversidades oriundas da pandemia. Talvez, agora, mais do que nunca, podemos observar e sentir o quanto a saúde do corpo está relacionada à saúde mental e que esta, ou mesmo a condição de nossa integração e organização psíquica, reflete diretamente na saúde de nosso corpo.

Expostos essas premissas, objetivamos com essa pesquisa analisar o trabalho interprofissional em um CAPS no contexto da pandemia de COVID-19, por meio do emprego da Análise Institucional (AI). A partir da análise, identificou-se processos instituídos e instituintes. Nesse sentido, entendemos a importância sobre: a compreensão dos profissionais de saúde do CAPS sobre o trabalho interprofissional, e como essa compreensão se configura na prática cotidiano de trabalho; analisar os efeitos da pandemia no cotidiano de trabalho do

CAPS, bem como se dá a sua atuação e articulação com os demais serviços e dispositivos da rede visando identificar as deficiências e potencialidades reveladas pelo contexto pandêmico; atentarmos para as repercussões na saúde mental dos profissionais que atuam na linha de frente em serviços específicos de saúde mental, na condição de sustentação do cuidado de si e do cuidado ofertado a população.

Tendo em conta que, tais aspectos acerca da prática da interprofissionalidade e da saúde mental dos trabalhadores pode repercutir diretamente no cuidado direcionado à pessoa em sofrimento mental, e no modo de realizar o trabalho, fortalecendo ou não o ideal de substituição dos CAPS aos hospitais psiquiátricos e instituições de caráter asilar, tendo como finalidade um cuidado que inclua a família e comunidade, buscando a recuperação e a (re)integração das pessoas em sofrimento mental, a reabilitação psicossocial, a redução de riscos e danos, a promoção de contratualidade nos territórios e o cuidado em liberdade (BRASIL et al., 2015; FERREIRA et al., 2016). Por fim, contribuir para a literatura existente a respeito do assunto, tendo em vistas a escassez de estudos brasileiros com esse enfoque.

O conteúdo desta dissertação foi dividido em 3 capítulos. O Capítulo 1 refere-se à exposição do contexto e os impactos do coronavírus no campo da saúde mental. Neste capítulo, articulamos aspectos relevantes referentes à pandemia de COVID-19, aspectos históricos da saúde mental brasileira, modificações ocorridas no funcionamento social e os impactos na saúde mental neste novo cenário. No Capítulo 2, encontram-se o percurso metodológico e o referencial teórico adotados para a realização da pesquisa. No Capítulo 3, apresentamos a análise e discussão dos dados obtidos com a pesquisa de campo e, finalizando a contextualização da pesquisa, as Considerações Finais.

2. CAPÍTULO 1 – A PANDEMIA DE COVID-19 E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS).

Este capítulo se dedica ao cerne da temática da pesquisa em seus diferentes aspectos, contextualizando as transformações que impactaram diretamente o funcionamento dos serviços de saúde mental e a assistência prestada a pessoas em sofrimento psíquico, diante do cenário da pandemia da COVID-19.

2.1. A PANDEMIA E SUAS INTERCORRÊNCIAS: FACETAS E IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

A SARS-COV-2, popularmente conhecida como COVID-19, teve seu primeiro caso notificado na China em dezembro de 2019. Ao romper barreiras e fronteiras nacionais e internacionais, a propagação do vírus, que pode causar infecção respiratória grave, rapidamente se tornou uma emergência em saúde pública (FERGUSON et al., 2020; WANG et al., 2020). O grande número de notificações de casos positivos e óbitos relacionadas a essa nova cepa da família coronavírus, em diferentes países e continentes, fez com que a Organização Mundial de Saúde - OMS declarasse o início da pandemia em março de 2020 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

As pandemias se configuram como enfermidades epidêmicas amplamente disseminadas, atingindo diversos países e contaminando um número significativo de pessoas, ocasionando, de forma geral, consequências do nível micro ao macrosistêmico, impondo, pela sua duração, novas regras e hábitos sociais para a população mundial, pois protocolos vão sendo implementados e modificados recorrentemente como formas de contenção do alastramento da doença (MORENS; FOLKERS; FAUCI, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Na pandemia da COVID-19 foram adotadas ao redor do planeta medidas preventivas e protetivas como algumas das formas de conter a disseminação do novo coronavírus. Em meio à medidas restritivas de circulação, isolamento de casos suspeitos e distanciamento social (de idosos e outros grupos de risco), *lock-downs*, quarentena(s), uso de máscaras e higienização constante das mãos (dentre outras regras e orientações sanitárias), questões econômicas e sociais, fechamento de instituições de ensino, a exacerba preocupação sobre a própria saúde e a saúde de entes queridos, as experiências traumáticas associadas à infecção ou à morte de

peessoas próximas, mudanças no padrão de sono, aumento do consumo de álcool, tabaco e/ou outras drogas, o estresse induzido pela mudança na rotina de trabalho ou nas relações afetivas, o agravos de doenças crônicas e a interrupção de tratamentos por dificuldades de acesso, têm agravado o panorama do atual cenário e, ao restringem conexões, a vivência das relações interpessoais e interações sociais, tais fatores podem consistir em um estressor importante durante esse período (BROOKS et al., 2020; SCHMIDT et al., 2020; ZANDIFAR; BADRFAM, 2020; ZHANG, J. et al., 2020).

Em estudos sobre a população chinesa, primeiro país a adotar estes protocolos de saúde, os resultados mostraram maior índice de ansiedade, depressão, uso nocivo de álcool e menor bem-estar mental do que os índices populacionais usuais (AHMED et al., 2020), anteriores ao cenário pandêmico. Segundo Xiang et al., (2020), pacientes com confirmação ou suspeita de COVID-19 podem sentir medo das consequências da infecção potencialmente fatal, e os que estão em quarentena podem sentir tédio, solidão e raiva. Assim, mesmo indivíduos que apresentam sinais e sintomas de uma gripe simples/comum tendem a vivenciar certo nível de estresse e medo, devido à semelhança das condições com coronavírus, que podem gerar sofrimento mental e piorar sintomas psiquiátricos pré-existentes (PARK; PARK, 2020).

Segundo Bittencourt (2020), o isolamento é incômodo e exige paciência, além de provocar frequentes situações de ansiedade, estresse e angústia. Embora o impacto da disseminação do coronavírus para as doenças psíquicas ainda esteja sendo mensurado, enquanto a pandemia segue em curso, as implicações para a saúde mental em situações como a que estamos vivendo já foram relatadas na literatura científica. Dentre os estudos populacionais já realizados até o presente momento sobre implicações na saúde mental diante da pandemia do novo coronavírus, destaca-se o de Wang et al. (2020) com a população geral na China, incluindo 1.210 participantes em 194 cidades, durante o estágio inicial da pandemia. Esse estudo revelou sintomas moderados a severos de ansiedade, depressão e estresse, em 28,8%, 16,5% e 8,1% dos respondentes, respectivamente. Além disso, 75,2% dos respondentes referiram medo de que seus familiares contraíssem a doença (BITTENCOURT, 2020; WANG et al., 2020).

Ademais, observam-se questões econômicas que afetam os locais mais vulneráveis e a crescente preocupação com as consequências práticas da pandemia no setor econômico/produtivo e de prestação de serviços. Tem-se observado, por exemplo, que o estresse devido às perdas financeiras seria um risco psicossocial muito comum em momentos de recessão econômica, pobreza e desemprego, ou seja, esses são fatores que também podem

afetar negativamente a saúde mental da população durante o lapso temporal em que persiste o contexto pandêmico (DUARTE et al., 2020; HOLMES et al., 2020).

Sob o prisma da saúde mental, onde se lê pandemia, leia-se provável medo irracional, que nos leva a uma condição de sofrimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020). Além dos impactos visíveis, na gestão da escassez cotidiana que envolve os sistemas de saúde, a política pública de condução de uma situação de urgência sanitária traz em seu bojo complexos questionamentos individuais e coletivos não observados à distância e que podem ser revelados para que seja possível uma reorganização do que e do como fazer frente a condição situacional atípica que foge dos padrões referenciais e protocolares no campo da saúde, em especial da saúde mental (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

A vulnerabilidade psicossocial, em suas nuances e complexidade, se apresenta como uma condição intrínseca no âmbito individual e coletivo, que demanda o cuidado específico praticado no campo da saúde mental, frente ao impacto fomentado pela pandemia. Desta forma, se faz necessário um olhar especificado para as iniquidades que abrangem as consequências e os efeitos para a forma como pode ser prestada a assistência em saúde mental para as populações vulneráveis e vulneradas que possuem poucos recursos financeiros e econômicos, ainda mais precarizados na atualidade, e acesso limitado aos serviços sociais e de saúde (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020; SOTERO, 2011).

Entre diversos fatores, podemos pontuar como um dos agravos que ocorrem à saúde da população brasileira, o sucateamento por investimentos inadequados ao sistema de saúde, além do cenário político atual (ARAÚJO; OLIVEIRA; FREITAS, 2020). No Brasil, o discurso presidencial refletiu a importância de salvar a economia e proteger os autônomos, pequenos empreendedores e trabalhadores informais, reforçando que seria suficiente o isolamento vertical de “*grupos de riscos*” (idosos, portadores de comorbidades e pessoas imunodeprimidas). Em outros discursos oficiais dirigidos à população, o presidente minimizou os efeitos da pandemia, tratando-a como uma “*gripezinha*” e “*resfriadinho*”, apesar de mais de 20 membros da sua comitiva apresentarem resultado positivo para COVID-19 após viagem aos EUA (de 07 a 10 de março de 2020); e manteve uma postura pautada em discussões e embates ideológicos sem fundamentação científica para tratar o tema (MEIRELES, 2020; SAKAMOTO, 2020; URIBE, 2020).

Com uma das consequências da pandemia, emerge o risco de descontinuidade das diferentes modalidades de cuidado, visto que o sistema de saúde precisou se remodelar para seguir as orientações internacionais de prevenção à COVID-19, ao mesmo tempo em que experimenta um aumento considerável da demanda em saúde mental (seja no âmbito da

promoção, tratamento/ cuidado ou na recuperação de agravos), em face ao aumento dos sintomas psíquicos e dos transtornos mentais durante o período de enfrentamento da pandemia e os agravos na saúde mental da população. Assim, é imprescindível a produção de conteúdo que auxilie e sustente um embasamento que possibilite discutir a readequação da oferta de cuidado em saúde mental em consonância com a pandemia causada pelo COVID-19, uma vez que há perspectiva de intensificação e surgimento de sintomas relacionados à saúde mental da população e dos profissionais de saúde, durante e após a pandemia (SCHMIDT et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Isto posto, o atual momento pandêmico pode configurar a pior crise mundial desde a Segunda Guerra Mundial. Quando transpomos nosso olhar para as questões de saúde mental e seus aspectos históricos no cenário brasileiro, correlacionando ao cenário político vigente, é palpável a percepção que desmontes se tonificam. Contextualizar aspectos de como se compõe um panorama em uma perspectiva histórico-social se faz necessária para o entendimento dos manejos adotados nos equipamentos de saúde mental que compõe o Sistema Único de Saúde - SUS e diante da calamidade sanitária que persiste, de modo a compreender fatores relevantes na construção histórica, no que tange à saúde mental enquanto instituição.

2.2. O DIREITO À SAÚDE (MENTAL)

O conceito de saúde surge após o término da Segunda Guerra Mundial, com os movimentos sociais pós-guerra associado à criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), na segunda metade do século XX. Por meio de uma carta, datada em 07 de abril de 1948, a OMS reconhece o direito à saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade, esta data é posta como dia mundial da saúde. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, ratifica a saúde, traz a ideia de universalidade, um modelo de integralidade que abrange a todos, em caráter normativo, com classificações de doenças e regulamentos internacionais de saúde (BRASIL; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; TEIXEIRA, 2004).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, apresenta a correlação de forças políticas e sociais resultantes de uma conjugação favorável para que a saúde e outros direitos sociais adquirissem o estatuto constitucional no país (L'ABBATE, 2009). A Constituição determina em seu artigo 196 que “a saúde é um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No ano de 1990, ao discorrer sobre estruturação funcional dos serviços de saúde, na lógica de um sistema único (o SUS), a legislação brasileira já concebia que as condições de proteção, promoção e recuperação de saúde são multifatoriais e envolvem questões como: alimentação, trabalho, renda, moradia, saneamento básico e acessos a serviços, bens e informação (BRASIL; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Desta forma, é fomentado o entendimento da concepção dos determinantes sociais de saúde relacionados à vulnerabilidade em oposição ao paradigma biológico na produção dos processos saúde-doença. Tal perspectiva pode evidenciar como as ações das políticas públicas podem abarcar e incidir sobre os múltiplos fatores da vida cotidiana dessa parcela da população (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Segundo Barchifontaine (2007) o conceito de vulnerabilidade surgiu nos debates bioéticos, durante os anos 1990, após o susto infringido pelo amplo crescimento da epidemia causada pelo vírus do HIV. Daí em diante, notou-se que, mesmo pessoas em condições econômicas privilegiadas também seriam vulneráveis e sujeitas a contaminação. Desta forma, a vulnerabilidade adquire uma conotação de duplo sentido: como caracterização de situação de fragilidade particular por algumas pessoas e como condição humana universal. Ao longo da história, os vulneráveis são compreendidos como "as crianças, os senis e os institucionalizados de qualquer ordem, sobretudo os deficientes mentais e físicos que apresentam elevado grau de vulnerabilidade" (BARCHIFONTAINE, 2007).

Derivada do latim *vulnus*, a palavra vulnerabilidade, cujo o seu significado é ferido, se refere a condição de que alguém possa vir a ser ferido (SOTERO, 2011), no aspecto físico, psíquico ou social. Desta forma, a pessoa possui suscetibilidade em ser ferida em razão de destoar de um determinado perfil normativo, pelo pertencimento a uma determinada população ou classe social, estilo de vida, gênero, etnia ou ainda condição de saúde (SOTERO, 2011). Ou seja, todos aqueles que destoam de um perfil referencial e normativo.

Segundo Sotero (2011), ao tomar em consideração que todos os seres vivos estão sujeitos a serem feridos, mas que existem diferenças no grau de suscetibilidade para tal, podemos diferenciar vulnerabilidade de vulneração. Em diferentes oportunidades tomamos os termos vulnerabilidade e vulneração como homônimos, o que de fato, não o são. Assim vulnerabilidade se vincula a condição potencial em ser ferido, enquanto vulneração se fia na condição concreta e consumada de ter sido ferido (SOTERO, 2011).

Desta forma, além de vulnerabilidades, as pessoas que chegam até os CAPS ou em outros serviços da rede, buscando o acesso ao cuidado em saúde mental, já se tornaram vulnerados. Ao se tornarem vulnerados, se tornam elegíveis, sob o prisma moral e ético, para serem abarcados pela proteção do Estado através de planejamento e desenvolvimento de políticas públicas específicas (SOTERO, 2011).

Até 2015, a ampliação do acesso ao cuidado, tanto para transtornos mentais graves e persistentes como para transtornos mentais menos graves, seguiu uma linha regular de incremento de serviços e transformação de processos de trabalho (DELGADO, P. G., 2019). A reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980 (DELGADO, P. G., 2019).

Segundo Delgado (2019), este processo foi interrompido a partir de 2016, com medidas tomadas pelo governo Michel Temer e continuadas no governo Jair Bolsonaro, cujo os impactos em indicadores da política de saúde mental, permitem afirmar que está em curso um processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica. Desde 2016, o incremento anual de CAPS vem decaindo de forma expressiva. É a primeira vez, em cerca de 35 anos, que visivelmente marchamos para trás (DELGADO, P. G., 2019).

No mesmo ano de 2016, o governo federal instituiu uma medida provisória, que posteriormente tornou-se a Emenda Constitucional 95/2016, determinando o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS. Iniciou-se um período, agravado nos anos seguintes, de redução dramática do já insuficiente financiamento do sistema público de saúde, e das políticas intersetoriais, com impactos imediatos no campo da saúde mental (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020; DELGADO, P. G., 2019).

De acordo com Delgado (2019), entre os anos de 2016 e 2019, o governo federal adotou medidas que promovem o desmonte e o subfinanciamento da rede de saúde, entre elas podemos destacar: 1) modificou a PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em proporção ainda imprecisa, uma vez que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental; 4) ampliou o financiamento para vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico, em norma já publicada, e recomendou a não utilização

da palavra '*substitutivo*' para designar qualquer serviço de saúde mental ; 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (DELGADO, 2019).

Na vida pautada pela pandemia da COVID-19, fica cada vez mais evidente a importância de abordarmos a questão da (des)continuidade das políticas públicas e de Estado e o seu impacto na vida cotidiana das populações a quem estão dirigidas, como uma forma de garantia de acesso (RUBENS; MARTINS, 2020).

2.3. CONCEITO DE SAÚDE MENTAL E SOFRIMENTO PSÍQUICO

As dificuldades em lidar e tratar pessoas com questões de saúde mental e em situação de sofrimento psíquico decorre desde tempos antigos. A marca da loucura carregou por muito tempo as amarras e o peso do profano e da imoralidade, mesmo quando constatada como um processo de adoecimento mental do sujeito, tais marcas causaram (e ainda causam) dor, exílio, exclusão e enclausuramento (CASTEL, 1978; DEL'OLMO; CERVI, 2017; FOUCAULT, 1977).

Apesar das conotações predominantemente pejorativas sobre "*loucura*" ao longo da história, esta "*desrazão*", na Grécia antiga, chegou a ser considerada até mesmo um privilégio. Note-se que filósofos, como Sócrates e Platão, destacaram o aspecto místico da loucura, referindo a existência de uma loucura tida como divina. Nesse aspecto, homens privilegiados poderiam acessar as verdades divinas (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

Com o passar do tempo, a loucura se distancia do místico da antiguidade clássica e, a partir da Renascença, passa a ser vista como representante do mal. Michael Foucault (2008) traz em sua genealogia histórica a obra *Elogio da Loucura* de Erasmo de Roterdã, que, apesar do título, consistiu em crítica severa à loucura; assim também na pintura do holandês Bosch, com a Nau dos Loucos, o autor observou que ocorre a exposição, por meio de personagens grotescos, as vicissitudes humanas. É nesse cenário que, durante a Idade Média, o louco ocupa o antigo espaço dos leprosos, o espaço da exclusão, retirado do convívio social (FOUCAULT; MOTTA, 2008).

No século XIX, a loucura rompeu explicações mitológicas, teológicas, demonistas e passou a ser explicada através de uma teoria médica. A psiquiatria se instituiu como disciplina médica e a loucura foi enquadrada como doença. Philippe Pinel (1745-1826), médico francês e considerado o pai da psiquiatria, inspirado pelas ideias de liberdade, igualdade e

fraternidade da Revolução Francesa (1789-1799), libertou os loucos das correntes. Segundo Castel (1978), as pessoas eram submetidas ao “tratamento moral”. Neste contexto, o manicômio era visto como essencial, pois nele, por meio do isolamento e mudanças de costumes, a imoralidade seria tratada (FOUCAULT, 1977). Num segundo momento, o médico francês Philippe Pinel, transpõe a concepção da loucura como sendo um problema de ordem moral para a concepção de doença, a partir da avaliação de seus sintomas, descrevendo-os e classificando-os (CASTEL, 1978).

Mais adiante, o fundador da psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939), foi responsável pela primeira revolução na terapia científica da loucura com a teoria da mente. A abordagem mostrou-se relevante para os distúrbios mentais (MIRANDA; SOUZA; FERREIRA, 2014).

A convivência social da pessoa com sofrimento mental é restrita ou ocorre de forma precária, de modo que aquelas que apresentam transtornos graves ou gravíssimos são excluídas de qualquer convivência e, por isso, apresentam condição especial de vulnerabilidade, isto é, pode ser facilmente ofendido, atacado ou ferido (DEL’OLMO; CERVI, 2017). Por este e outros motivos, durante muito tempo as pessoas eram simplesmente isoladas da sociedade, o que denota apenas a necessidade de proteger a sociedade de alguém diferente e não a observância do cuidado para com a pessoa com sofrimento mental. No período pós-guerra surgem questionamentos quanto ao modelo hospitalocêntrico, apontando para a necessidade de reformulação nos moldes de desinstitucionalização. A experiência de Franco Basaglia (AMARANTE, P. A., 2003), um dos principais aspectos desta nova visão está relacionado à desconstrução do conceito de “doença mental”, que dá lugar à percepção de loucura como “existência-sofrimento” da pessoa.

No Brasil, primeira legislação relacionada às pessoas com sofrimento mental constituiu-se com o Decreto n. 1.132 do ano 1903. Até então, Britto (2004) refere que as pessoas com sofrimento mental eram trancafiadas em cadeias públicas, o que caracterizava a preocupação exclusiva de garantir paz e tranquilidade à sociedade mantendo a ordem pública (BRITTO, 2004).

Nesse aspecto, destacamos a menção ao sofrimento mental (ou psíquico) como “loucura” e a impossibilidade de distinção entre os tipos e graus de incapacidade, ou seja, todos eram considerados incapazes de modo absoluto. O sofrimento mental não gera, necessariamente, a completa incapacidade ocasionando exclusão da pessoa dos atos civis. O campo jurídico passa, então, a considerar a perícia médica como auxiliar na determinação da incapacidade para os casos de interdição. Entretanto, a proteção dos interesses da pessoa com sofrimento mental sofre alteração significativa com a entrada em vigor no ano de 2016 da Lei

n.13.146/2015, conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência. Conforme o artigo 1º, a referida lei está destinada a “[...] assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania” (Lei n.13.146/2015) (BRASIL, 2015).

Uma mudança central que se faz necessária é passar a considerar a pessoa com diagnóstico de sofrimento mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção do laboratório psiquiátrico-forense. Nesse processo de transformação a anti-psiquiatria e movimento anti-manicomial trazem a importância terapêutica de que o sujeito com sofrimento psíquico seja visto como responsável, tanto quanto aos seus atos passados, quanto pelo processo de tratamento e pelo seu futuro (CARVALHO; WEIGERT, 2016).

2.4. REFORMA PSIQUIÁTRICA

Quando observamos a ótica do campo da saúde, pautado nas questões dos cuidados mentais, o cenário que nos deparamos corresponde, inicialmente, a uma situação caótica, na qual as condições vividas pelos pacientes dentro de instituições que praticavam o asilamento, como uma das formas de assistência, eram degradantes e marcadas por violações de direitos. Os manicômios eram espaços de segregação para os que não "condiziam" com os modelos de prospectos sociais. A saúde mental no Brasil, a partir do ano 1978 é marcada pelo início do movimento social, conhecido por Luta Antimanicomial. Pacientes, seus familiares e profissionais de saúde imbuídos pela luta dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Até então, no modelo de cuidado centrado no caráter hospitalocêntrico, de asilamento e isolamento, as pessoas em sofrimento mental eram denominadas “alienadas”. Viviam reclusas, em um cenário de horror e excludente.

Assim, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, mais tarde discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e que resultou na proposta do Sistema Único de Saúde – SUS.

Posteriormente, como produto e consequência da ação da sociedade civil organizada, o Movimento de Luta Antimanicomial culminou no projeto de lei n. 3.657/1989, de autoria do então deputado federal Paulo Delgado, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios. Delgado (1989) cita:

“...No Brasil, da cidadania menos que regulada, a maioria absoluta das mais de 600.000 internações anuais são anônimas, silenciosas, noturnas, violentas, na calada obediência dos pacientes. A defensoria pública que vem estando instalada em todas as comarcas deverá assumir a responsabilidade de investigar sistematicamente a legitimidade da internação - sequestro, e o respeito aos direitos do cidadão internado...”

Onze anos depois de muita mobilização social é aprovada a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O *Movimento da Reforma Psiquiátrica* é mais amplo do que apenas a promulgação de uma lei, já que incorpora a militância do Movimento da Luta Antimanicomial e de suas dissidências, mas também setores contra-hegemônicos de governos, sociedade civil, corporações da área, usuários, familiares, Universidades, aparelhos formadores e outros. Foi importante e decisivo para a consolidação de um projeto de saúde com pretensões de acessibilidade universal, reorientação da Saúde Mental no Brasil e a aprovação da sua Lei Federal 10.216/2001. Entretanto, o início da tensão dos movimentos sociais com os executores públicos da Reforma no interior do Estado (diferente do que aconteceu em outros países, como Itália e Canadá, onde eram os mesmos atores que reclamavam os que construíam as alternativas substitutivas ao manicômio, com forte engajamento ético-político, clínico, e de reabilitação psicossocial), desgastes, lutas intestinas e prejuízos para sua sustentabilidade têm sido a tônica da relação entre movimento antimanicomial e poder executivo, com poucas exceções (PITTA, 2011).

Pode-se dizer que o avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira aconteceu na década de 2000. Um arcabouço normativo importante trata da expansão da rede comunitária e do controle dos hospitais, onde as Portarias 336/2002 e 189/2002 expandem os CAPS e duas portarias, 106/2000 e 1.220/ 2000 (BRASIL et al., 2004), instituem os "serviços residenciais terapêuticos (SRT)" a fim de viabilizar a reinserção social na comunidade dos moradores de hospitais cronicamente internados. Aliadas às portarias que deram existência institucional aos CAPS e NAPS (336/2001), se constituem em importantes instrumentos normativos da Reforma. Começa, então, a era mais vigorosa para a gestão da política de saúde mental no Brasil (2000 - 2011) onde uma equipe dedicada, sob a coordenação de Pedro Gabriel Delgado, liderança respeitada do movimento da luta antimanicomial, geriu de forma competente os interesses da Reforma Psiquiátrica, por uma década (PITTA, 2011).

2.5. O MODELO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

No Brasil, as questões e o investimento no campo da saúde mental e da reabilitação psicossocial nem sempre foi prioridade, vide o caminho da Lei 10.216/2001 (lei da Reforma Psiquiátrica) e as portarias e decretos que a complementam e viabilizam. A própria lei 10.216/2001 surgiu como um projeto de lei do então PL (projeto de lei) proposto pelo deputado Paulo Delgado ainda no ano de 1989. Para superar a fragmentação do acesso e a fragilidade na integralidade do cuidado, estabeleceu-se uma organização do cuidado por meio da consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), estabelecidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; MENDES, 2011).

2.5.1. A Rede de Atenção Psicossocial (Raps)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em 2011, buscando articular ações e serviços de saúde, garantindo um cuidado individualizado, interprofissional, integral, humanizado, territorial e livre em saúde mental, com foco na garantia da autonomia e reinserção social (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2020).

A Rede de Atenção Psicossocial RAPS tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL et al., 2015), por meio do exercício do cuidado humanizado e em liberdade, pautado no fomento da autonomia, (re)inserção social e na individualidade complexa dos sujeitos em sofrimento mental, enxergando-os com o parte de um todo, portanto, afastando-se do modelo biomédico de assistência (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2020).

Atualmente, no Brasil, a RAPS possui componentes que se relacionam de modo horizontal e dividem-se em suas especialidades: na Atenção Primária à Saúde (APS), destacam-se as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os Consultórios na Rua; marcam a atenção às urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA); na atenção especializada em saúde mental,

destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços comunitários destinados a casos graves e persistentes, além das Policlínicas, que prestam atendimento ambulatorial, das Estratégias de Desinstitucionalização como os Serviços de Residencial Terapêutico (SRT) e dos leitos psiquiátricos em hospital geral. Escolas, quadras poliesportivas, igrejas e outros dispositivos comunitários ajudam a compor a rede, garantindo o cuidado territorial e (re)integração social (AMARANTE, P.; TORRE, 2018).

Assim, apesar de as equipes dos serviços da RAPS serem formados por diversas categorias profissionais, que precisam trabalhar de maneira interdisciplinar e interprofissional, de forma suficiente para prestar um cuidado contínuo e integral aos indivíduos e famílias, essa cobrança ainda esbarra em um ensino interprofissional parco, tanto nas graduações e cursos técnicos, quanto no que se refere a educação permanente e continuada (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; ILLINGWORTH; CHELVANAYAGAM, 2017), o que constitui uma barreira para o movimento instituinte da Reforma Psiquiátrica.

2.5.2. O Centro de Atenção Psicossocial (Caps)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Núcleo de Atenção Psicossocial é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. [...] É função do CAPS promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); e organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território” (BRASIL et al., 2004).

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL et al., 2004).

Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e

agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios (BRASIL et al., 2015). Este equipamento é por definição um serviço aberto, de base comunitária e territorial, articulador estratégico da rede de atenção à saúde mental. Baseado numa acepção de território para além de área geográfica tem como função ser um substitutivo às internações nos hospitais psiquiátricos ao prestar atendimento clínico diário, promover a inclusão social das pessoas acometidas por transtornos mentais, dar suporte à rede básica nas ações em saúde mental, entre outras atribuições (BRASIL et al., 2004). As estruturas físicas e os ambientes dos pontos de atenção constituem base operacional fundamental para a garantia da qualidade do cuidado e das relações usuários-equipes-territórios (BRASIL et al., 2015).

Segundo a Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996), a reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos - que são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental - alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Isso implica ambos os indivíduos - profissionais e usuários - melhorando competências e introduzindo mudanças ambientais para criar uma vida com a melhor qualidade possível para pessoas que experimentaram uma desordem mental ou têm uma deterioração mental que produz um certo grau de inaptidão.

O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família; a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As práticas dos CAPS são realizadas em ambiente de “*portas abertas*”, acolhedor e inserido nos territórios das cidades e dos bairros. Os PTS, acompanhando o usuário, em sua história, cultura, projetos e vida cotidiana, ultrapassam, necessariamente, o espaço do próprio serviço, implicando as redes de suporte social e os saberes e recursos dos territórios (BRASIL et al., 2015). Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas (BRASIL et al., 2015).

Os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho,

esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL et al., 2004). Tais equipamentos também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede assistencial em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL et al., 2004).

Um ponto de suma importância, a ser mencionado, é que os CAPS são organizados em diferentes modalidades. A saber: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi, CAPS AD e CAPS AD III.

CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes. Equipe mínima: 01 médico com formação em saúde mental; 01 enfermeiro; 03 profissionais de nível universitário, 04 profissionais de nível médio (BRASIL et al., 2015).

CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 04 profissionais de nível superior, 06 profissionais de nível médio (BRASIL et al., 2015).

CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes. Equipe mínima:

02 médicos psiquiatras; 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 05 profissionais de nível universitário, 08 profissionais de nível médio (BRASIL et al., 2015).

CAPS-AD: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes. Equipe mínima: 01 médico psiquiatra; 01 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 04 profissionais de nível universitário, 06 profissionais de nível médio (BRASIL et al., 2015).

CAPS AD III: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes. Equipe mínima: 60 horas de profissional médico, entre psiquiatra e clínicos com formação e/ou experiência em saúde mental, sendo mínimo 01 psiquiatra; 01 enfermeiro com experiência e/ou formação na área de saúde mental; 05 profissionais de nível universitário, 04 técnicos de Enfermagem; 04 profissionais de nível médio; 01 profissional de nível médio para a realização de atividades de natureza administrativa (BRASIL et al., 2015).

CAPSi: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes. Equipe mínima: 01 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 01 enfermeiro, 04 profissionais de nível superior, 05 profissionais de nível médio (BRASIL et al., 2015).

2.6. A INTERPROFISSIONALIDADE E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A graduação e a formação nas áreas da saúde, no Brasil, são reproduzidas pela lógica *uniprofissional* e precisa ser revista, pois contribuiu para a reprodução da fragmentação das relações profissionais no mundo do trabalho. No processo de formação das profissões da saúde ainda são priorizadas abordagens pedagógicas que não possibilitam o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas indispensáveis para a melhoria da qualidade da

atenção à saúde e pelo fortalecimento do princípio da integralidade dos cuidados (COSTA, et al. 2018).

Segundo Peduzzi (2016), diferentes práticas, profissões e áreas da saúde foram constituídas ao longo da história, somando contribuições interprofissionais para a solução dos problemas que se apresentavam. A prática interprofissional é baseada na atuação integrada, com compartilhamento de objetivos e centralidade nos usuários, a partir da Educação Interprofissional (EIP), que fomenta o esforço mútuo, o diálogo e o compartilhamento das informações e ações, com objetivo de fortalecer a colaboração entre profissionais de duas ou mais profissões, a fim de desenvolver o trabalho em equipe e melhorar a qualidade dos serviços ofertados (COSTA, 2017; FILHO; SILVA, 2017).

A atuação interprofissional possibilita uma atenção à saúde articulada e integrada, incentivando a co-responsabilização dos cuidados e evitando sua repetição, assim como esperas e adiamentos de atendimentos, ou seja, ela viabiliza a integração e organização das ações de saúde, contribuindo para o estabelecimento da rede de cuidado em seus vários níveis (REUTER; SANTOS, 2018).

Apesar do destaque que a interprofissionalidade vem ganhando junto às políticas de saúde no Brasil e no mundo, tanto no setor público quanto no privado, devido a necessidade de reconfiguração de critérios e parâmetros de regulação da atividade profissional em equipe e de organização curricular da formação para o trabalho em equipe, o conceito ainda carrega confusões em sua definição, isso quando não é apenas utilizada como sinônimo de outros termos como “multiprofissionalidade”, “multidisciplinaridade” e “interdisciplinaridade” (CECCIM, 2018).

As palavras disciplinar e profissional remetem à campo do conhecimento e à prática profissional, respectivamente. E o prefixo que será utilizado determinará sua definição, uma vez que o ‘multi’ se refere a determinado conhecimento ou profissionais que caminham em direção ao mesmo objetivo, mas com pouca ou nenhuma articulação entre si e, o prefixo ‘inter’ expressa forte associação e articulação entre as áreas, sejam disciplinares ou profissionais (COSTA et al., 2018).

A ausência de uma definição consistente sobre trabalho em equipe e colaboração interprofissional, ocasiona uma produção frágil, confusão e desconhecimento por parte dos profissionais, o que pode prejudicar a implementação da prática interprofissional, visto que a clareza acerca do conceito de interprofissionalidade é fundamental para uma produção e avaliação rigorosa, bem como para o seu desenvolvimento na prática (CECCIM, 2018; PEDUZZI, 2016).

O cuidado em saúde mental pautado na atenção psicossocial deve ser essencialmente interprofissional, uma vez que tem como finalidade a ampliação do acesso, qualificação do cuidado por meio do acolhimento, articulação dos serviços disponíveis na rede e acima de tudo democratização e co-responsabilização do cuidado, tornando o sujeito protagonista desse processo (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2018). Para tal, é necessário o trabalho coletivo e colaborativo. Entretanto, ainda se vivencia uma desarticulação entre as experiências na formação com a assistência prestada no campo, o que põe em questão o preparo dos profissionais de saúde mental, dado que o cuidado ofertado ainda é baseado em práticas biomédicas (CERVO et al., 2020).

Dentre os serviços específicos de cuidado em saúde mental, no Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um espaço potente para o trabalho interprofissional, uma vez que é um serviço que compreende equipe mínima composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e técnico de enfermagem (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Não obstante, é necessário adicionar mais uma variável que incide, nesse momento, às dificuldades já encontradas para a prática do trabalho interprofissional em saúde mental: o novo coronavírus e a pandemia de COVID-19. Se por um lado, a qual a OMS lançou orientações provisórias, com o objetivo de diminuir ou interromper a transmissão do vírus, prover cuidado otimizado aos pacientes e minimizar o impacto da pandemia sobre a economia, sistemas de saúde e serviços (ALMEIDA et al., 2020; CUI; LI; SHI, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). De outro, foi necessária uma readequação dos serviços, considerando o aumento das demandas em saúde mental e a especificidades do contexto pandêmico, sem abandonar os requisitos pré-existentes e já citados anteriormente, que são próprios dos serviços da RAPS (KHAN et al., 2020; ZHANG, C. et al., 2020).

3. OBJETIVO GERAL

Analisar o trabalho Interprofissional em um CAPS no contexto da pandemia de COVID-19.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1.1. Identificar a percepção e a compreensão dos profissionais de saúde referente à noção de trabalho Interprofissional para o cuidado em saúde mental de pessoas em sofrimento mental/ psíquico;
- 3.1.2. Analisar o cotidiano de trabalho em um CAPS para o cuidado em saúde mental, no contexto da pandemia, e sua articulação com outros dispositivos de seu território;
- 3.1.3. Mapear e identificar os movimentos instituídos e instituintes referentes ao cotidiano do trabalho em saúde mental no contexto de pandemia da COVID-19.

4. CAPÍTULO 2 - PERCURSO METODOLÓGICO

Neste tópico apresentamos o percurso metodológico proposto para o alcance dos objetivos estabelecidos, a definição e a descrição da população, o local onde a pesquisa foi realizada e os caminhos percorridos, os instrumentos utilizados para a construção dos dados o crivo e os procedimentos analíticos adotados.

Segundo Minayo (2014), a metodologia deve compreender tanto o método quanto às técnicas adotadas para o alcance dos objetivos estabelecidos, no qual se apresentam os caminhos percorridos para a realização da pesquisa e os recursos utilizados para responder aos objetivos propostos no estudo.

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, cujo dados obtidos fazem parte da primeira etapa de uma pesquisa-intervenção. Essa abordagem é caracterizada pela compreensão e estudo da história, crenças e investigações sobre o modo como nos relacionamos com o meio e conosco, levando em conta os níveis mais profundos das relações sociais e tratando os dados de maneira fidedigna quando estes não podem ser quantificados (MINAYO, 2014).

Este tipo de estudo busca descrever processos, relações e fenômenos que circundam o objeto de estudo, o que possibilita conhecer características do objeto de estudo (RICHARDSON, 2010). Uma pesquisa do tipo exploratória, de acordo com Gil (2008), se faz estratégica quando o estudo objetiva trabalhar com assuntos pouco conhecidos e busca-se através de entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com a problemática estudada compreender esta realidade, familiarizando-se com este assunto através da análise desses discursos.

Estudos de corte transversal possibilitam compreender um determinado agravo e apontar os seus prováveis fatores de risco, com base em uma amostra selecionada para descrever uma população em um ponto especificado no tempo, o que se adequa à análise situacional da pandemia e as adequações dos equipamentos de saúde neste contexto, como objetivado neste estudo (RICHARDSON, 2010). Além disso, se configuram como estudos com custos menores e de realização mais rápido em comparação com outros delineamentos.

No presente estudo optamos por uma pesquisa empírica com estratégia metodológica de abordagem qualitativa, já que, de acordo com Goldenberg (1997), este delineamento possibilita a compreensão aprofundada de um grupo social, de uma organização ou de um fenômeno específico, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Para Minayo (2014) pesquisa qualitativa é um método de investigação científica que se foca no caráter subjetivo do objeto analisado, estudando as suas particularidades e experiências individuais, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa empírica, chamada de pesquisa de campo, também proposta para este estudo, ocorre por meio de experimentos ou observação de determinado contexto, a análise da experiência, que se coloca como uma questão central no desenvolvimento das novas interações da comunicação social e na relação com a teoria, produzindo e analisando dados, procedendo sempre pela via do controle fatural (DEMO, 2000). Ela serve para ancorar no plano da experiência aquilo que fora apresentado conceitualmente (TUZZO; MAINIERI, 2011), já que a pesquisa qualitativa se caracteriza por buscar respostas acerca do que as pessoas pensam e quais são seus sentimentos.

4.2. ANÁLISE INSTITUCIONAL

L'abbate (2003) em sua obra nos apresenta a influência da Análise Institucional (A.I.) nas práticas em saúde coletiva. Desde o início de suas primeiras atividades, a A.I. constituiu-se como um campo onde a prática embalou, nos tempos candentes da década de 1960 na França, a criação conceitual. Empregando a atitude epistemológica de tornar indissociável gênese conceitual e gênese sócio-histórica, focalizaremos os conceitos de análise da encomenda, análise da demanda, transversalidade, analisador e análise da implicação, tangenciando, nessa empreitada, os conceitos de instituição, instituinte e instituído, campo de intervenção e campo de análise, inconsciente institucional, contratransferência institucional e sobreimplicação (ROSSI; PASSOS, 2014).

A realidade institucional se abre para outros sentidos quando se altera os graus de transversalidade intragrupos e intergrupos (GUATTARI, 2004). Felix Guattari apresenta o conceito de transversalidade como coextensivo à atitude de abertura ou ligação dos campos de intervenção ao de análise, mostrando sua inseparabilidade. O conceito de transversalidade nasce com múltiplas referências, sobretudo como tentativa de superação, nas organizações

psiquiátricas, da hierarquia vertical e da igualdade horizontal, introduzindo no pensamento institucional outras formas de relação entre os grupos – o que designou de grupos sujeito e grupos sujeitados. Acolhendo a contribuição dual e fantasmática da transferência psicanalítica, a expande e articula aos movimentos grupais em seus diferentes graus de abertura.

O conceito de transferência dá lugar ao de transversalidade apostando-se em dinâmicas libidinais, em regimes de afetos que se dão no plano coletivo e, conseqüentemente, ganham um sentido que é também político. Clínica e política se tornam inseparáveis nesta direção da A.I. que renova o conceito de grupo a partir de suas dinâmicas subjetivas: a dinâmica de menor grau de abertura define o grupo assujeitado e a de maior transversalidade, os grupos sujeitos. O tema da subjetividade ganha lugar no discurso da AI com o conceito de transversalidade que se materializa em dispositivos que permitem a circulação menos restritiva da palavra e de corpos, abrindo as relações para múltiplas conexões potencializadoras da transformação da realidade dos grupos e das subjetividades. Na A.I., seja na vertente guattariana ou socioanalítica, os conceitos apresentados exploram e sustentam noções a respeito de abertura e conexão: teoria e prática, saber e fazer, clínica e política se tornam, ao mesmo tempo, domínios distintos e inseparáveis em um espaço de saúde guiado pelas relações instituintes (ROSSI; PASSOS, 2014).

Nesse contexto surge a noção de Implicação. Vale lembrar que, para estabelecer a nova acepção de implicação, eles se apoiam não mais nas experiências socioanalítica, mas no “método que procure ultrapassar os riscos de uma tenacidade pura, dando ênfase aos objetivos e implicações do entrevistador” (LAPASSADE; LOURAU, 1972), a saber, o método marxista, aquele proposto por Mao Tsé-Tung, no qual a implicação dos pesquisadores é ressaltada: “A implicação, longe de ser um obstáculo, é uma condição da pesquisa” (LAPASSADE; LOURAU, 1972).

Tal perspectiva vem afirmar a especificidade da prática do analista institucional, não mais por meio de um objeto empírico constituído - a instituição -, mas por meio de uma abordagem epistemológica constituinte. Ou seja, quando o analista institucional se insere no campo, ele não só observa, mas também participa com os seus interlocutores nas várias situações sociais que circunscrevem o universo social que está pesquisando. Assim, podemos dizer que o objeto teórico da análise institucional deixa de estar ligado a um espaço cultural ou histórico particular, pois passa a caracterizar-se como uma maneira de olhar o outro e a si mesmo, em interação.

Segundo Baremlitt (1992), para compreender a dinâmica das relações em um determinado contexto, se faz necessário o entendimento das contradições que produzem movimento constante, entre instituição, instituído e instituinte, a partir de uma lógica dialética. Segundo o autor (1992, p. 156-157):

INSTITUIÇÃO: são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente. Segundo seu grau de objetivação e formalização, podem estar expressas em leis (princípios-fundamentos), normas ou hábitos. Toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: a institucionalização. Exemplos de instituições são: a linguagem, as relações de parentesco, a divisão social do trabalho, a religião, a justiça, o dinheiro, as forças armadas etc. Um conglomerado importante de instituições é, por exemplo, o Estado. Para realizar concretamente sua função regulamentadora, as instituições materializam-se em organizações* e estabelecimentos. As origens das instituições são difíceis de se determinar.

Quanto ao instituído, Baremlitt o descreve como:

O resultado da ação instituinte denomina-se instituído. Quando esse efeito é produzido pela primeira vez, diz-se que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. Para que os instituídos sejam eficientes, devem permanecer abertos às transformações com que o instituinte acompanha o devir social. Contudo, o instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável, conservando *de jure* já transformados *de facto* e tornando-se assim resistente e conservador.

Já sobre o conceito de Instituinte, o autor define como:

O processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais. No transcurso do funcionamento do processo de institucionalização, o instituinte inventa instituídos* e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social. Para operar concretamente, o processo de institucionalização deve ser acompanhado de outros organizantes que se materializam em organizações. Os dinamismos instituintes e organizantes são orientados pelas Utopias Ativas.

Na técnica de produção dos dados, como uma essencial ferramenta técnica da A.I., inclusive para a análise de implicações, o uso do Diário de Pesquisa, foi utilizado como instrumento de apoio para registrar as implicações do pesquisador, ou seja, o registro de nossas percepções e vivências de campo, se fez primordial (LOURAU, 2014). Segundo o mesmo autor, o diário contribui para a reconstituição histórica da subjetividade do pesquisador, por meio da análise das experiências em processo de produção de conhecimento, ele propicia o conhecimento da coletivização.

Essa perspectiva rompe com aquelas outras, a saber, as epistemológicas tradicionais à medida que reconhece que o conhecimento se realiza na relação entre sujeito e objeto - na relação intersubjetiva. Isso significa dizer que, no lugar de se ter um objeto que se quer objetivo, teremos um objeto que é, ao mesmo tempo, sujeito (SAIDON, 1983).

Lourau (2014) nos assinala que o analista institucional entra em cena, ou é convocado, quando a sociedade ou as instituições sociais estão em crise. Para Hammouti (2002), o próprio movimento da análise institucional se valeu das diversas crises sociais para avançar em seus pressupostos e em suas teorizações.

É sob essa dimensão que entendemos o convite de Lourau, quando ele se pergunta: “Mas, se não existe CRISE, como fazer uma análise institucional? Então *dê um jeito para que ela ecloda*”. (LOURAU, 2014). Por meio desse convite, ele nos lembra a inserção política do analista institucional, enquanto transformador da realidade social em que está inserido. Isso nos remete tanto para as dimensões políticas implícitas nas relações institucionais, como para a ação política dentro da instituição.

Partindo dos princípios supracitados, para analisar os processos microssociais e micropolíticos envolvidos no campo da saúde mental, com o propósito de "compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos" (L'ABBATE, 2009), os conceitos da A.I. foram utilizados como ferramenta técnica para o alcance dos objetivos.

4.3. TÉCNICA DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

Em 1977, Laurence Bardin em seu livro “Análise de conteúdo” - AC, descreve uma metodologia de pesquisa ou proposta teórico-metodológica que atende a aspectos quantitativos, mas também fundamenta a pesquisa qualitativa, permitindo assim, a análise das comunicações, passando a usar análises por meio das inferências. Ao adotá-la, o pesquisador busca a revelação e/ou a explicação de seu objeto de estudo, por meio da categorização e da sistematização dos dados coletados. Assim, podemos explorar os resultados da pesquisa desses dados e produzir uma análise.

Segundo Bardin (1977), “as diferentes fases da análise de conteúdo se organizam em torno de três polos cronológicos: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Assim, desde uma leitura flutuante até a impregnação com o material, o pesquisador vai tratando de seu material” (p.95). Para Bardin (1977), tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, transformação essa que, por recorte, agregação, enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices. Holsti define codificação como um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em

unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 1977).

Bardin (1977) ainda organiza a codificação como um processo que compreende três escolhas: recorte (escolha das unidades); enumeração (escolha das regras de contagem); classificação e agregação (escolha das categorias). A partir do momento em que na análise de conteúdo, decide-se codificar o material, deve-se produzir um sistema de categorias. A categorização tem como primeiro objetivo, fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (BARDIN, 1977).

Bardin (1977) traz também a noção de tema como característica da análise de conteúdo. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, nesse caso o texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadoras de significações isoláveis. Como uma unidade de significação complexa, de comprimento variável, o tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições) e sua validade não é de ordem linguística. Assim, qualquer fragmento pode enviar (e reenviar geralmente) a análise para diversos temas (BARDIN, 1977).

Para Minayo (2014), as diferentes técnicas existentes na AC buscam o desvelamento e a compreensão de significados latentes e manifestos contidos nos dados coletados, ou no material de comunicação – que nosso caso se constituiu pelas transcrições das entrevistas coletadas e do diário de campo do pesquisador. Nas diferentes técnicas para o exercício da Análise de Conteúdo encontramos: a) análise temática ou categorial; b) análise de avaliação ou representacional; c) análise da expressão; d) análise das relações e; e) análise de enunciação (BARDIN, 1977; MINAYO, 2014).

Entre as possibilidades para a operacionalização da realização do trabalho, optou-se pela Análise Temática ou Categorial que, segundo Minayo (2014), é a técnica mais utilizada pela Análise de Conteúdo. Tal técnica caracteriza-se pelo desmembramento dos dados (as transcrições das entrevistas e do diário de campo) em categorias (ou unidades categoriais) e seu posterior reagrupamento analógico. Tais operações propiciam a identificação e a descoberta de núcleos de sentido dentro das unidades categoriais que constituem uma forma de comunicação, em dados segmentados e comparáveis (BARDIN, 1977; MINAYO, 2014).

As transcrições das entrevistas e o diário do pesquisador foram utilizados como fonte de dados que foram trabalhados a partir da análise de conteúdo temática, composta pelas seguintes etapas: 1) pré-análise, que contou com a transcrição das entrevistas, composição do corpus textual, leitura flutuante e definição de hipóteses provisórias sobre o conteúdo lido; 2)

exploração do material, na qual os dados foram codificados e 3) tratamento dos resultados e interpretação, que consiste na classificação dos elementos, a partir das suas semelhanças e por diferenciação, com posterior agrupamento em categorias (BARDIN, 1977).

4.4. CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de modalidade do tipo I, na cidade de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso (MT), na região Centro-Oeste do Brasil, durante o último semestre do ano de 2020. O CAPS, local da pesquisa, foi inaugurado em agosto de 2002, no antigo Centro de Saúde do bairro. Esta unidade possui sede própria e está localizada na região norte de Cuiabá. O CAPS tem como missão “promover atenção psicossocial às pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, com idade igual ou superior a dezoito anos” (BRASIL et al., 2015).

O município no qual está localizado a instituição co-participante, conta com uma população média 618.124 habitantes, segmentado em 115 bairros, área territorial de 3.291,696 km², com cobertura de cinco CAPS sendo dois administrados pela Gestão Estadual (CAPS AD Adulto e CAPSi) e três pela Gestão Municipal, cuja a Coordenação de Saúde Mental/SMS é responsável pela gestão desses serviços, entre eles o CAPS o qual foi recebeu a pesquisa e o CAPS II para tratamento de transtorno mental adulto, CAPS AD Infante-Juvenil.

O funcionamento do CAPS neste período da pandemia permaneceu das 7:00 as 17:00 horas, com atendimento de demanda espontânea e encaminhada pela rede intersetorial, funcionando de portas abertas, atendendo todas as normas de funcionamento estabelecidas pelo OMS.

4.5. POPULAÇÃO DA PESQUISA

Selltiz (2004) definem como população o conjunto de todos os casos que concordam com uma série de especificações estabelecida pelo estudo, com o intuito de atingir os objetivos pré-estabelecidos.

Para a definição da amostra dos participantes dessa pesquisa, optou-se por uma amostra intencional da população, sendo este o tipo de amostra é a mais comum utilizada no delineamento e técnica determinados para o alcance dos objetivos tracejados. Com essa amostra, o foco de interesse é a opinião/perspectiva de determinados elementos da população,

segmentado a um grupo específico. Neste caso o pesquisador não se dirige, portanto, à “massa”, isto é, a elementos representativos da população geral, mas àqueles, segundo seu entender, pela função desempenhada, exercem as funções de líderes de opinião na comunidade investigada.

A população delimitada para este estudo consistiu nos profissionais que compunham o contingente do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) coparticipação do estudo. O quadro de funcionários era composto por 24 trabalhadores antes da pandemia, participaram do estudo 9 profissionais entre os 11 profissionais em atividade durante o período de atividade de campo: 02 enfermeiras, 02 psicólogos, 03 assistentes sociais, 01 farmacêutica e 01 jornalista. Todos os profissionais ativos foram convidados a participar, sendo excluídos os que estavam em licença médica ou outro tipo de afastamento do serviço e aqueles que se negaram a participar. Entre os 09 profissionais que aceitaram participar da pesquisa, 06 se declaram do gênero feminino e 03 do gênero masculino. A média de idade dos participantes é 41,1 anos de idade, sendo 41,6 meses o tempo médio de vínculo empregatício dos profissionais participantes junto ao CAPS I - CPA IV.

Quanto ao número de participantes, estes devem variar de 8 a 10 pessoas segundo Dall’agnol; Trench (1999); Debus (1997); Lervolino; Pelicione (2001); Meier; Kudlowiez (2003) devendo o tamanho do grupo estar adaptado aos propósitos da tarefa. Para (Chiesa; Ciampone (1999), o ideal é que o total oscile entre o mínimo de seis e um máximo de doze pessoas.

4.6. INSTRUMENTOS

Para a obtenção das informações objetivadas nessa pesquisa, o instrumento de coleta/produção de dados utilizado foi uma entrevista semiestruturada, orientada por questões norteadoras, a respeito do cotidiano do trabalho interprofissional em um CAPS, de cuidado em saúde mental e sua articulação com outros dispositivos da RAPS, no contexto da pandemia da Covid-19.

A entrevista teve como objetivo colher informações de certo tema/assunto, a partir de uma conversa de cunho profissional, direcionada para coleta/produção de dados em investigações sociais de diversas áreas, bem como para identificação de demandas/diagnóstico inicial, de acordo com a definição de Marconi; Lakatos (2004).

Além do conteúdo das entrevistas, foi utilizado um diário pelo pesquisador como fonte de (produção de) dados, uma vez que este foi utilizado para registrar as observações e contém

narrativas do pesquisador no seu contexto histórico-social e memória dos acontecimentos da pesquisa, refletindo a atividade diária durante a coleta de dados, na medida em que ela vai tomando forma no decorrer da pesquisa (ARAÚJO, 2014).

As entrevistas foram realizadas no período de junho/2020 a setembro/2020, no ambiente de trabalho do respondente em horários de plantões, de acordo com a disponibilidade do participante, de forma individual. Os profissionais foram abordados, esclarecidos dos objetivos da pesquisa e dúvidas vigentes dos participantes. Havendo aceite em participar, foram preenchidos e assinados os TCLE, e o entrevistado passou a responder aos instrumentos de coleta de dados.

4.7. PRODUÇÃO DE DADOS

A realização das entrevistas no caminho da produção dos dados foi realizada única e exclusivamente pelo pesquisador. As entrevistas foram realizadas individualmente e gravadas com gravador eletrônico em local reservado, distante de barulho, ou interferências para ambos, sem prejuízo nenhum para o trabalhador. Durante as entrevistas foram respeitadas medidas de cuidado sanitário e de prevenção a propagação da COVID-19, como a devida utilização de máscara e álcool gel.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Um roteiro semi-estruturado (Apêndice 1) norteou as discussões. Os áudios das sessões foram gravados, transcritos, e reorganizados por categorias temáticas. Os resultados foram discutidos a partir do referencial teórico da AI, AC e com base nos documentos normativos e oficiais de políticas públicas em saúde e saúde mental.

Os sujeitos foram abordados no ambiente de trabalho, onde receberam um envelope com os dois questionários e duas cópias do TCLE (Apêndice 2). Foi realizada a leitura do TCLE junto com o participante, esclarecidos os objetivos da pesquisa e dúvidas vigentes dos participantes. Havendo aceite em participar, foram preenchidos e assinados os TCLE, e o entrevistado passou a responder aos instrumentos de coleta de dados, realizando a devolução no mesmo dia da aplicação. Esta foi uma estratégia para evitar perdas na devolução dos questionários.

4.8. ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

A análise qualitativa se apropria de um conjunto de procedimentos que visam organizar os dados (qualitativos) de interesse, de modo que eles se revelem, com a máxima objetividade e rigor possíveis em função dos objetivos propostos. Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição das entrevistas, em que foram consideradas as palavras e os seus significados, o contexto em que foram colocadas as ideias, a consistência interna, a frequência e a extensão dos comentários, a especificidade das respostas, e a importância de identificar grandes ideias.

Segundo Carlini-Cotrin (1996), em qualquer análise qualitativa é necessárias ao menos duas pessoas envolvidas na análise dos dados, que vão primeiramente o fazer de maneira independente entre si. O primeiro passo é possibilitar a imersão de cada pesquisador nos dados obtidos, através de uma leitura de todo o material obtido (transcrição das fitas gravadas), seguida da anotação das categorias qualitativas que sejam evidenciadas a partir desse primeiro contato sistemático com os dados. A partir daí é necessário que os dois pesquisadores envolvidos no processo da análise verifiquem seus achados, confirmem as semelhanças e diferenças, e cheguem, através da constante revisão dos dados, a um consenso do que deve ser mantido como achados legítimos do material obtido ou eliminado (KIRK; MILLER, 1986; CARLINI-COTRIN, 1996).

Entendemos que a análise neste tipo de estudo está presente em todo o processo da pesquisa, neste sentido não há coleta de dados, e sim produção dos mesmos. No entanto, há uma fase em que a análise é organizada, e nesta quarta etapa o conjunto de dados produzidos serão confrontados com os elementos da Análise Institucional (AI), que:

Abrange conceitos das Ciências Humanas e Sociais, da Filosofia e da Psicanálise, bem como de diferentes formas de intervir em grupos e organizações, a constituição da Análise Institucional ocorreu em meio a fortes movimentos contestatórios que ocorriam na França nos anos de 1960, cujo ápice foi o “maio de 1968” [...] (L’ABBATE, 2003).

Poder dialogar nos espaços de trabalho, dando sentido ao fazer como um ato coletivo e implicado, não é só um desafio, mas uma necessidade (FRANCO; MERHY, 2013).

4.9. ASPECTOS ÉTICOS

Conforme o disposto na Resolução CNS n° 466/22, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, este estudo foi submetido à

avaliação da Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da Faculdade da Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT sob o Parecer nº 4.199.950 e CAAE nº 29310620.1.0000.8124. Após a aprovação dos órgãos avaliadores progressivamente referenciados, iniciou-se a coleta de dados.

Todos os participantes da pesquisa foram informados claramente sobre os objetivos e métodos utilizados no estudo. Com base na resolução supracitada, os participantes foram assegurados do sigilo das informações fornecidas e o direito de interromper, a qualquer momento, sua participação no estudo, sem que isso lhe acarretasse prejuízos, pessoal e/ou profissional. Também foram informados, antecipadamente, sobre a duração aproximada da coleta de dados e a isenção de riscos em responder aos questionários. O participante estava ciente de que seus dados pessoais seriam mantidos em sigilo e seriam anônimos, e que os resultados seriam apresentados apenas de forma coletiva e exposto através de análise. A cada entrevistado foi fornecido uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), onde se encontravam os contatos telefônicos do pesquisador, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da universidade e do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, caso necessitasse de alguma informação referente ao estudo. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o participante iniciou a resposta aos questionários.

5. CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em consonância com o que foi exposto no capítulo anterior, no percurso metodológico de produção dos dados, os resultados foram obtidos por meio da aplicação de entrevistas semi-estruturada e registro em diário de campo durante as vivências institucionais junto ao CAPS CPA IV, no município de Cuiabá. Os áudios e o diário de campo foram transcritos, lidos e relidos por diversas vezes. Desta maneira, as categorias temáticas se consumaram em construção, posteriormente a leitura do material produzido em forma de dados para a materialização dos resultados. Assim, o conteúdo dos resultados foi dividido nas seguintes categorias temáticas centrais:

1. Percepção do trabalho Interprofissional por profissionais no cuidado em Saúde Mental;
2. O cotidiano de trabalho no CAPS durante a pandemia
3. A (des)articulação da RAPS;
4. Repercussões na saúde mental dos profissionais do CAPS com consequência do cenário pandêmico.

No caminho trilhado pela presente pesquisa buscamos a exposição discursiva dos resultados, como uma forma de ecoar em ressonância as vozes dos trabalhadores da instituição. Na pesquisa intervenção de caráter qualitativo, a riqueza contida nos resultados se dá no encontro interacional em que ocorre a produção dos dados.

5.1. PERCEPÇÃO DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Um dos aspectos a serem inicialmente destacados no que tange à percepção ou ao entendimento por parte dos trabalhadores em saúde mental acerca do trabalho interprofissional é seu aspecto amorfo, sob o ponto de vista teórico ou nocional. Assim, termos distintos no plano teórico e/ou doutrinário tais como multiprofissional e interprofissional, são, no caso, tomados pelos trabalhadores em SM como equivalentes.

“O trabalho interprofissional é a mesma coisa que multiprofissional?” – P5

“Se for um sinônimo pra trabalho multiprofissional” – P2

“Semelhante a intersetorialidade [...]. A dificuldade é a gente conseguir manter, né, a intersetorialidade, a intersetorialidade não, a interprofissionalidade que você está usando né” – P7

Contudo, a análise discursiva do conteúdo nos permite apreender que tais equivalências de termos remetem-se, de fato, a distinções semânticas.

“O trabalho ideal que a gente procura realizar aqui no CAPS, né? [...] nós temos vários profissionais, cada um fazendo a sua função específica e, dessa forma, né? A gente vai tá contribuindo pra que consiga trabalhar, consiga dar toda a atenção necessária a esse paciente, de uma maneira geral, né” – P1

“Interprofissional é quando está interligado todas as equipes, né? [...] onde estão inseridas todas as equipes, né? [...] Onde cada um faz uma parte, né?” – P3

A terminologia deveria ser familiar aos gestores e aos técnicos de saúde mental, porém, segue causando dúvidas, incerteza e questionamentos (CECCIM, 2018). Dessa forma, podemos considerar que a contradição existente entre equivalências significantes e distinções de significados remete-se a uma certa carência teórica dos profissionais que, provavelmente, tem sua suplência na prática do dia a dia e numa certa informalidade constitutiva de sua formação teórica profissional e, assim, agem como a personagem de Molière na peça o Burguês Fidalgo que se espanta, quando lhe é ensinada que a literatura se divide entre poesia e prosa, por ter sempre feito prosa sem saber que fazia prosa.

“O trabalho ideal que a gente procura realizar aqui no CAPS, né? [...] nós temos vários profissionais, cada um fazendo a sua função específica e, dessa forma, né? A gente vai tá contribuindo pra que consiga trabalhar, consiga dar toda a atenção necessária a esse paciente, de uma maneira geral, né” – P1

“Interprofissional é quando está interligado todas as equipes, né? [...] onde estão inseridas todas as equipes, né? [...] Onde cada um faz uma parte, né?” – P3

“Eu acho que são vários saberes que tem que se complementar pro paciente [...] e aí a questão do interprofissional é a partir do momento que a gente junta esses, não fica só o profissional ‘x’ sabendo da parte tal, ou profissional ‘y’ da parte tal [...] tem que ter o momento de junção dos saberes [...] Eu não posso por exemplo, uma pessoa encaminhar pra uma certa questão e aí depois o profissional nem querer saber ou então nem querer ir atrás... ou só ficar ‘não a minha parte é só daquela questão psicológica’ ou ‘minha parte é só a questão física’ e não né, é um conjunto [...] mesmo que eu tenha encaminhado pro atendimento específico daquele profissional, eu me interajo disso aí, não deixo solto” – P5

“O assistente social trabalha com o psicólogo, com o enfermeiro, com fisioterapeuta, com RH e aqui na saúde mental é totalmente, eu vejo como complementar, né? Você absorve o conhecimento, a percepção dos outros profissionais, a forma como eles atendem e vê o que que difere da minha atuação, né? Então eu fico sempre me avaliando, a minha atuação, com os profissionais de outras áreas” – P2

“Então é um trabalho coletivo? né? trabalho coletivo visando o bem comum né” – P9

Apesar do destaque que a interprofissionalidade vem ganhando junto às políticas de saúde no Brasil e no mundo, tanto no setor público quanto no privado, devido a necessidade de reconfiguração de critérios e parâmetros de regulação da atividade profissional em equipe e de organização curricular da formação para o trabalho em equipe, o conceito ainda carrega confusões em sua definição, isso quando não é apenas utilizada como sinônimo de outros termos como “multiprofissionalidade”, “multidisciplinaridade” e “interdisciplinaridade” (CECCIM, 2018). A ausência de uma definição inequívoca sobre a definição do trabalho interprofissional manifestada pelos profissionais, sinaliza uma conceituação confusa e frágil, o que pode prejudicar a o exercício da prática interprofissional, visto que a clareza acerca do conceito de interprofissionalidade é fundamental para uma produção e avaliação rigorosa, bem como para o seu desenvolvimento na prática (CECCIM, 2018; PEDUZZI, 2016).

5.1.1 Como a compreensão do trabalho interprofissional se concretiza na prática cotidiana.

Podemos considerar, a partir da análise inicial dos relatos dos profissionais quanto à representação que eles fazem da natureza de suas abordagens no que diz respeito aos cuidados

em saúde mental, que há por parte deles uma definição prática da multidisciplinaridade de suas ações.

Apesar de documentos norteadores se referirem a composição de equipes dos CAPS em seu caráter multiprofissional, deixam exposto em suas linhas que no exercício das práxis os profissionais do cuidado em saúde mental devem atuar de forma interdisciplinar (BRASIL et al., 2015; BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), ou seja, o trabalho é (ou deveria ser) interprofissional.

No que tange a compreensão dos profissionais do CAPS a respeito da modalidade de cuidado voltado à pessoa em sofrimento mental relacionada ao trabalho multiprofissional, o usuário do serviço é atendido por diferentes profissionais de diferentes especialidades (Serviço Social, Enfermagem, Psicologia). Cada uma com a sua *expertise*, mas de maneira fragmentada/segmentada.

Desta forma, elaboram uma definição prática do ideal da atuação profissional baseada, exclusivamente, em suas ações e percepções.

“[...]Às vezes a gente faz mais o multiprofissional do que o interprofissional[...]” – P5

“[...]O que a gente faz aqui, é esse trabalho multiprofissional, que são vários profissionais, atendendo o mesmo paciente [...] Se ele tem algum problema clínico, vai pro pessoal da enfermagem, aí se ele tá com uma demanda assim... que tá em grande sofrimento de tem que fazer terapia, você passa eles pro psicólogo [...]” – P4

“ [...]Nós temos vários profissionais, cada um fazendo a sua função específica [...]” – P1

“ [...]O CAPS trabalha com casos graves, então demanda de cada profissional um pouco porque são pacientes difíceis de manejar. Então, ele precisa do olhar do médico, precisa do olhar do técnico, do enfermeiro, do olhar do psicólogo, então acho que cada profissional acaba fazendo a sua parte ajudando o mesmo paciente porque são vários profissionais que vão ajudar, porque o paciente não precisa só do medicamento ou só do psicólogo, às vezes ele precisa de um benefício, que aí entra a parte do serviço social, e às vezes também tem a parte da enfermagem [...] eu acho que a equipe, cada um com seu olhar, acaba ajudando um pouco o paciente [...]” – P6

“ [...]Então eu já vivi essa interprofissionalidade mais dentro do CAPS, né?! Da gente sentar mais tempo e conversar mais sobre isso. Da gente trocar mais ideias. Hoje eu considero que aqui está mais multi do que inter [...]” – P8

“[...] o psicólogo faz serviço de consultório, assistente social faz escuta e encaminhamentos e as profissionais de enfermagem orientações [...]”– Diário do pesquisador

As falas apontam a sustentação de um trabalho pautado em práticas fragmentadas, com quase nenhum trabalho/ discussão em equipe. O único momento de possibilidade de um trabalho colaborativo, que seria o espaço dos estudos de caso (que quando acontecem, ocorrem uma vez por semana às sextas-feiras), funciona, em alguns momentos, como um espaço para compartilhamento e repasse das informações e condutas adotadas. Conseqüentemente, a questão está não nas práticas exercidas ou na compreensão ideacional, mas nas condições de produção das práticas em questão em que, como vimos, o estudo de caso e a reunião de podem se afirmar como efetivamente momentos instituintes na prática do trabalho interdisciplinar. Contudo, como também parece evidente que essas reuniões, quando burocratizadas, vêm apenas reificar as práticas instituintes, mantendo-as em seu aspecto instituído. Ou seja, a continuidade do caráter instituinte, com o tempo, o cristalizará em instituído.

Entretanto, é possível perceber nas falas reflexões sobre como deveria ser a realização desse trabalho e a necessidade de comunicação entre a equipe:

“[...] Cada um faz a sua parte, o que acha que lhe convém, e muitas vezes não é feito dessa forma, como deveria ser [...], hoje em dia a gente não tem mais essa participação do médico nos estudos de caso, por exemplo. Então muitas vezes é... falta essa colaboração de todos pra algum determinado caso e tal.” – P5

“[...]Nem sempre a conduta que a gente acredita que seja vai ser no final, vai se sobressair né, então nesse trabalho interprofissional a gente tem que respeitar o trabalho do colega e acolher né o que que for encaminhado pra aquela situação que muitas vezes eu não sei se seria ali... né, num primeiro olhar o que eu pretendia, mas como é uma situação coletiva, de trabalho em equipe, a gente respeita aqueles encaminhamentos que foi realizado [...]” – P9

“ [...] a assistente social fez o apontamento sobre como é referenciado o cuidado dos pacientes. Diferentes profissionais adotam práticas diferentes. Alguns entendem que o cuidado deve ser capitaneado pelas referências, enquanto outros entendem que a referências estão mais próximas do cuidado, mas que ele é de responsabilidade da equipe ...” – Diário do pesquisador

“[...]A gente procura sempre, nos estudos de caso, né? A gente sempre procura tá trazendo todos. Há... alguma dificuldade que a gente tem em resolver um caso, né? Um caso de determinado paciente, a gente procura levar pra equipe nesse estudo de caso, que é o momento que a gente vai tá passando, né? O que tá acontecendo pros outros demais profissionais.” – P1

“[...]Todos os profissionais saberem de cada caso que tá acontecendo aqui, além de comunicação, é uma forma de comunicar melhor aqui interno.” – P7

“[...]Cada profissional presente na reunião pegava um saco com prontuários. Lia o caso. Decidia a conduta e pegava o carimbo dos outros profissionais. O que dá a impressão que o caso foi discutido de forma coletiva e que as condutas adotadas foram pensadas em conjunto, o que não condiz com a prática na realidade. Sendo que, a maioria das condutas foram as de: agendamentos de atendimento psicológico, com assistente social e médico; arquivamentos [...] Mais um ponto é que os profissionais compõem sozinhos a referência terapêutica dos pacientes (A meu ver, um fato negativo, pois dificulta a realização do cuidado e do trabalho sob a lógica da atuação pautada pela interdisciplinaridade)” – Diário do pesquisador

“[...]Mais uma vez a reunião de discussão de casos se ateve mais a fluxos internos de agendamentos de atendimento, médico, com assistente social e psicológico...” – Diário do pesquisador

Por outro lado, o estudo de caso e a reunião de equipe também se revelaram como espaço importante para a realização do trabalho de cuidado por parte dos profissionais, assim como um momento em que se pode perceber, igualmente, o exercício de uma prática pautada na interprofissionalidade, isto é, a prática em que as trocas de conhecimentos e saberes das diferentes especialidades proporcionam a ampliação do olhar e da clínica. Assim, o estudo de

caso e a reunião de equipe configuram-se como espaços para o intercâmbio de visões e saberes sobre os casos acompanhados e discussões de condutas dos profissionais da equipe.

“[...]A gente sempre busca, mesmo não tendo o estudo de caso, a gente sempre vai, quem tá ali naquele momento, seja o psicólogo ou assistente social, a gente pede opinião dele também” – P1

“[...]A gente acaba compartilhando os saberes, é... dentro dos estudos de caso [...], buscando o auxílio de outro do que a gente não entende, algo que é do outro, o que o outro acha que é melhor, o que enfermeira acha, o que o psicólogo acha” – P5

“[...]Tudo que você faz, qualquer dúvida que você tem, ou algo que você está buscando, ou quer falar sobre o paciente, você sempre vai na equipe, né? A equipe todinha reunida, aí você discute, né? O caso, o que está acontecendo, né? [...] Quando você tá com alguma dúvida, o outro colega lá ele já, ele... Ele traz uma solução, o outro traz outra solução, e logo a gente resolve, né?” – P3

“[...]As pessoas ficam sabendo do caso, não fica somente para um ou para outro, fica para praticamente todos sabendo de todos os casos, o que facilita até o atendimento das pessoas.” – P7

“[...]Porque uma enfermeira, uma assistente social vai ter outras ideias, outras visões, outro foco, né, daquilo que é importante na situação e você não se atentou.” – P8

Na análise, tal como das falas, será indicando a seguir na fala do profissional P1, revelou-se que além das reuniões de discussão de caso e reuniões de equipe, também acontecem discussões internas de caso, isto é, quando os profissionais se aproximam para interações sem agendamento prévio dentro do cotidiano do trabalho, de acordo com a disponibilidade e afinidade entre os profissionais, que se revelam como outro momento de aproximação com a prática da interprofissionalidade.

“[...]A gente percebe que, às vezes, há mais afinidade entre um profissional e o outro, vamos dizer assim, né? Mas a gente procura sempre, nos estudos de caso, né?” - P1

“[...]” A gente sempre busca, mesmo não tendo o estudo de caso, a gente sempre vai, quem tá ali naquele momento, seja o psicólogo ou assistente social, a gente pede opinião dele também” - P1

“[...]” às vezes, se acontece alguma intercorrência tipo segunda, terça-feira, geralmente a gente conversa com o profissional que esteja ali naquela hora sem estar em atendimento, e a gente procura conversar com ele pra ver a opinião dele também.” - P1

Ao explorarmos como a compreensão da Interprofissionalidade pode (ou não) se materializar na prática do trabalho do cuidado em saúde mental, a discussão dos resultados do presente tópico sinaliza que, ao longo das mudanças ditadas pelas relações mediadas no período de pandemia, o CAPS realiza o trabalho de caráter multiprofissional em que é pautada a prática fragmentada de atendimentos individuais de diferentes especialidades, mas que em alguns momentos experimenta lampejos da interprofissionalidade nas trocas de perspectivas ao cuidado compartilhadas entre os profissionais de saúde mental. Entre o vivenciado durante a etapa de produção de dados e o conteúdo das entrevistas, se torna tênue a percepção do que seria instituído e/ou instituinte na nova dinâmica de trabalho, restando a percepção de que a pandemia veio evidenciar uma prática predominantemente multiprofissional que já era praticada na instituição.

5.2. O COTIDIANO DE TRABALHO NO CAPS DURANTE A PANDEMIA

A pandemia trouxe visíveis e imediatas transformações nas maneiras de se propiciar os cuidados do dia-a-dia no âmbito da assistência em saúde mental levados a cabo na instituição estudada. Torna-se relevante não só sua constatação, mas também descrever a dinâmica e a natureza dessas transformações, durante o período em que vigora a pandemia.

Dentre as vivências advindas das alterações de atitudes e comportamentos protetivos adotados pelas instituições de cuidado em função da pandemia da Covid-19, destacam-se as mudanças na rotina de trabalho. A questão do distanciamento social, como uma das principais medidas face ao espriamento da Covid-19, alterou substancialmente a rotina do trabalho numa instituição cuja prática, por excelência, é a interação dos profissionais com os usuários do serviço em suas diversas modalidades.

No primeiro momento de impacto oriundo da reorganização do fluxo de trabalho, cuja suspensão da oferta das atividades grupais foi direcionada para atendimentos presenciais individuais aos usuários, foi necessário praticar a redução do número de consultas, restrição e

limitação do acesso e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e álcool em gel. Tais fatos foram acompanhados pela adoção de uma escala de trabalho, na qual a equipe disponível foi dividida em duas. Cada equipe trabalhava em dias alternados à outra. Desta forma, os profissionais de um grupo da escala não se encontravam com os profissionais do outro grupo. O contato, as trocas e a atividade laboral se materializam entre os profissionais de cada escala. Após uma suspensão inicial dos atendimentos pelo espaço temporal de quinze dias, adotou-se um número limitado de acolhimentos e/ou atendimentos por dia de trabalho, como uma forma de minimizar os riscos de exposição ao contato com outros profissionais e pacientes/usuários do serviço. Já os acolhimentos iniciais de novos casos eram feitos mediante agendamentos prévios.

Atividades em grupo realizadas entre os profissionais do CAPS também foram suspensas temporariamente, como é o caso das reuniões de equipe e os estudos de caso, já mencionados no tópico anterior deste capítulo. Sendo retomadas após a interrupção do esquema de revezamento de escala de trabalho.

“[...] Ainda dos dois lados da porta de entrada da unidade havia informes sobre [...], a suspensão de consultas médicas e atendimentos individuais (“até 2ª ordem”)” – Diário do pesquisador

“[...] Agora a gente atende quantidade reduzida de paciente e quando você atende é todo, os Epi's, né? Tem que ficar de longe. [...] A gente fazia, visita, os grupos terapêuticos, esses estão suspensos, né?” – P1

“[...] No começo da pandemia a gente começou a fazer os acolhimentos mediante agendamento. A pessoa ligava ou ela vinha aqui e a gente seguia uma escala, tipo, 3 acolhimentos por dia, não podia passar disso, porque [...] antes da pandemia, se viesse 10 pessoas tinha que acolher as 10 pessoas.” – P4

“[...] A gente até parou algumas semanas com os estudos de caso, para que não houvesse aglomeração” – P3

“[...] Tentamos espaçar mais os atendimentos para não ficarem muitas pessoas ao mesmo tempo na recepção, dar um pouco de tempo entre uma pessoa e outra, arejar um pouco a sala e limpar [...]” – P8

“[...]Os profissionais ficavam o tempo todo de máscara, realizando higienização frequente das mãos, e mantendo o distanciamento. Também havia na entrada do serviço informe sobre a obrigatoriedade do uso de máscara e higienização das mãos..” – Diário do pesquisador

“ [...]O CAPS segue trabalhando em esquema de escalas de revezamentos. Numa semana se trabalha em 3 dos 5 dias úteis, na outra em 2 dos 5 dias úteis na semana, como uma forma de diminuir a aglomeração de pessoas no serviço durante o horário de funcionamento...” – Diário do pesquisador

“[...]Os profissionais relataram que o contexto pandêmico havia alterado a rotina da unidade de forma drástica. Ela que se encontrava vazia naquele momento era cheia antes da COVID-19...” – Diário do pesquisador

Um outro aspecto a ser destacado dentro da nova dinâmica de trabalho é a suspensão das visitas domiciliares aos pacientes. Ordinariamente tal conduta é adotada pelos profissionais de saúde para casos em que o usuário do serviço possui algum impeditivo e/ou limitação para acessar a unidade e se faz como uma importante ferramenta do cuidado no território prestado pelas equipes de saúde.

Diante da limitação de acesso ao CAPS e das restrições que cercam as possibilidades de prática de cuidado junto aos usuários foram adotadas as buscas ativas por telefone.

“[...]O acompanhamento dos pacientes sofreu prejuízo, porque os grupos foram suspensos, as reuniões de família estão suspensas, [...] as visitas também ficaram restritas, [...] ficaram só os telefonemas”- P9

“[...] Atualmente, as tentativas de se localizar usuárias são feitas pelo telefone por meio de contatos previamente disponibilizados pelos mesmos...” – Diário do pesquisador

“[...] Um dos profissionais relatou que nos primeiros 15 dias após os primeiros casos de Covid no município, os atendimentos individuais estavam suspensos. Já as visitas estiveram restritas durante todo o período de coleta de dados, de modo que fui informado

apenas de um caso urgente, onde foram realizadas duas tentativas de visita.” – Diário do pesquisador

Tendo em conta o momento em que vigora a pandemia, as demandas de acolhimento inicial destacadas pelos profissionais no dia-a-dia do trabalho na instituição foram: os atendimentos para casos de crises de ansiedade, sintomas depressivos, ideação suicida e surtos psicóticos. Também foi indicado um aumento do número de pacientes que buscam no serviço de saúde o amparo para questões sociais, em que a vulnerabilidade social pode ter exacerbado quadros de sofrimento mental/psíquico.

“[...]Olha, eu assim [atendi] alguns casos de ansiedade, depressão, e alguns casos de esquizofrenia [...], mais de pessoas que pegaram/ tiveram COVID, e mesmo após a cura, curou, já não ta apresentando sintomas referentes a COVID [...], mas que ficaram apresentando alguns sintomas de ansiedade” – P5

“[...]A gente percebe que houve aumento de casos, principalmente de tentativa de suicídio, mais casos [novos] de depressões, né? ” – P1

“[...]Assim, tem outras demandas que se criaram. É, de luto, por perda. De pessoas em relação ao COVID, né, que agora tão aparecendo. É, algumas pessoas muito mais ansiosas ou preocupadas, né, em se contaminar e esse tipo de coisa, né?!” – P8

“[...]As pessoas continuam vindo em crises psicóticas. A gente sempre teve e continua tendo muito comportamento suicida. Tentativa e idéias de suicídio. Eu não acho que a pandemia foi causadora disso, talvez foi mais um fator estressante...” – P8

“[...]Estão aparecendo muitos casos [...] questões de vulnerabilidade econômica, social, ansiedade leve, essas coisas” – P9

“[...]Os profissionais também contaram que alguns dos pacientes da unidade contraíram COVID-19 e tiveram o acompanhamento e cuidados em Saúde Mental suspensos em face ao quadro clínico ...” – Diário do pesquisador

A mudança na demanda, percebida pelos profissionais, reflete os efeitos da pandemia na saúde mental da população, onde a quarentena, o distanciamento social, o medo de infectar-se ou morrer, a incerteza e agitação frente ao desconhecido, e o excesso de informações nem sempre verídicas, tornaram-se parte do cotidiano (GOULARTE et al., 2021; KHAN et al., 2020; LIU et al., 2020; SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020). Considerando as orientações da OMS, das autarquias municipal e estadual da administração e da gestão da pasta da Saúde o serviço adotou medidas sanitárias e de prevenção para a redução de agravos provocados pelo contágio do novo coronavírus. Também foi pontuado a falta de Equipamentos de Proteção Individual, especialmente no início da pandemia.

“[...] Ainda dos dois lados da porta de entrada da unidade havia informes afixados sobre a necessidade do uso obrigatório de máscara e higienização das mãos” – Diário do pesquisador

“[...] a secretaria municipal de saúde não estava preparada para toda essa questão do equipamento, demorou muito a chegar aqui” - P9

“[...] Nós paramos algumas semanas com os estudos de caso, para que não houvesse aglomeração” – P3.

“[...] Tentamos espaçar os atendimentos para não ficarem muitas pessoas na recepção, dar um tempo entre uma pessoa e outra, para arejar um pouco a sala, e limpar.” – P8

“[...] Os profissionais ficavam o tempo todo de máscara, realizando higienização frequente das mãos, e mantendo o distanciamento. Também havia na entrada do serviço um informe sobre a obrigatoriedade do uso de máscara e higienização das mãos. ” – Diário do pesquisador

No tocante à relação da organização do trabalho, o cuidado é efetuado de maneira fragmentada e sob a sombra da hierarquização do saber médico, pela qual o cuidado se encontra ancorado na espera de um atendimento que forneça prescrição de retaguarda medicamentosa. Cada profissional atua dentro da sua especialidade, mas há a incidência da supervalorização da figura do médico, o que gera a subordinação de outras profissões e saberes, de forma a configurar uma posição secundária e auxiliar dos profissionais que se encontram na linha de frente do cuidado.

Desta forma, cria-se um fluxo no qual o cuidado multidisciplinar empregado no CAPS, pelo período em que persiste a pandemia da COVID-19, fia-se como um paliativo até que o usuário do serviço possa ser atendido pela figura do médico psiquiatra. Há a possibilidade de que o manejo de casos já estivesse arraigado em condutas terapêuticas norteadas pela retaguarda medicamentosa, porém, com as possibilidades de oferta de cuidados complementares em atividades grupais e de convivência terapêutica, para a percepção de que essa configuração de viés instituído no serviço seja reforçada em caráter de instituinte pandêmico.

“Ao chegar por volta das 07h45, encontrei um número considerável de pacientes no hall de entrada do CAPS. Em quase dois meses em que acompanho a rotina na unidade foi a vez em que presenciei um número maior de usuários aguardando atendimento... isto se deu pelo fato da presença do médico na parte da manhã e que a maioria dos usuários presentes estavam ali para obter a renovação de receitas...” – Diário do pesquisador

“Segundo os relatos de profissionais, há a incidência de práticas de hipermedicalização de pacientes. A dispensa medicamentosa é o ponto central da organização do cuidado. Este seria um ponto de divergências entre a equipe ...” – Diário do pesquisador

“Funcionários correndo e se articulando para separar prontuários, imprimir prescrições e garantir a renovação de receitas de usuários com o psiquiatra [...]” (sic.)” – Diário do pesquisador

“Os profissionais preparavam as guias e os receituários, usavam o carimbo do médico e levavam as receitas com as prescrições medicamentosas para que o psiquiatra pudesse assinar entre os intervalos de atendimentos... Neste ínterim surgem alguns conflitos e questionamentos sobre qual seriam as atribuições entre os profissionais... O disparador é a fala de uma profissional ao dizer que se sente “cansada em fazer papel de secretária de médico” (sic.) ...” – Diário do pesquisador

“Os profissionais manifestaram incômodo de forma geral com uma ligação feita pelo psiquiatra, no qual o médico solicitava para serem imprimidas de antemão as receitas que teria que assinar no dia seguinte.” – Diário do pesquisador

“...o gerente disse que não irá mais ficar no “leva e trás” (sic.) de receitas e prontuários até a casa do médico...” – Diário do pesquisador

“Somam-se as estes: a necessidade de maior assiduidade dos médicos; maior engajamento dos mesmos nas reuniões de equipe; o saber médico é hierarquizado no cotidiano do trabalho no CAPS CPA IV; e há a necessidade de supervisão de casos nesta unidade...” – Diário do pesquisador

O CAPS é, por definição, um serviço de base territorial comunitária e que opera na modalidade *de portas abertas* ao público. Em outras palavras, ao se inserir dentro dos bairros e como parte de uma rede de atenção ao cuidado assistencial em SM que atende tanto usuários novos ou os já vinculados institucionalmente, seja por encaminhamento ou por livre demanda, é um aparelho que preza pelo acesso ao cuidado. Ou, em alguns casos, pode encerrar a possibilidade de vinculação ao negar-se o atendimento a alguém que já se encontra fragilizado e decide buscar por algum tipo de suporte.

Ao constatar a fala e a compreensão dos integrantes da equipe técnica, a qual refere que em casos de ideação suicida e de comprometimento da integração psíquica, é requerido que a pessoas retorne em outro momento acompanhada de um familiar ou amigo em caráter de tutela, podemos destacar que a limitação e a imposição de barreira de acesso se dão em maneira de mão dupla. Tanto pelo instituinte oriundo do cenário pandêmico, como pelo instituído em prática arraigada que se mantém durante a pandemia.

“[...]...em quase todas as visitas vou descobrindo algum ponto novo ou contextualizando aquilo que é observado. Em um dado momento é abordado o assunto sobre a orientação/exigência de que novos usuários que cheguem para o primeiro acolhimento junto ao CAPS estejam acompanhados de um familiar e/ou pessoa com vínculo. Segundo o relato de uma profissional da equipe, quando o paciente chega sozinho para o acolhimento inicial ele é atendido, mas é orientado a retornar acompanhado. Tal procedimento seria uma pactuação entre a equipe, tendo em vista que a maioria dos casos atendidos pelo CAPS são grave e muitas vezes já cronificados e alguns dos usuários teriam pouca ou quase nenhuma autonomia. Escutei que, esta, também seria uma forma de constituir e ampliar a rede de apoio...” – Diário do pesquisador

“[...] É, a gente tá acolhendo da mesma forma que a gente dava conta antes. Acolhe para um primeiro atendimento, para um suporte, orienta. Geralmente acompanhado de um familiar ou pessoa próxima. Dá as primeiras orientações de cuidado, de prevenção a algumas coisas.” – P8

O novo instituído se dá pelo movimento instituinte em que medidas de restrição e isolamento social são aplicadas e relaxadas ao longo do período em que vigora a pandemia de Covid-19, provocando movimentos de fechamento e abertura e restrições e relaxamentos de medidas que regulam a dinâmica de funcionamento do CAPS, como: escalas de revezamento, retomada de acolhimentos sem hora marcada e em modalidade de livre demanda, suspensão e posterior retomada de visitas domiciliares.

Como variável instituinte, podemos apontar o movimento de mudanças constantes e incertezas sobre a rotina de trabalho, pautadas pelo aumento e diminuição das restrições de forma intermitente.

Sobre o cotidiano do trabalho de cuidado em saúde mental praticado na unidade, durante a pandemia, os resultados sinalizam dois movimentos. Em um deles, o instituinte, encontram-se destacadas medidas restritivas de distanciamento que reverberam de diferentes maneiras nas formas de trabalhar e se relacionar com os usuários e impõe mudanças ao que já estava consolidado na instituição. Em outro, o instituído, destacam-se dinâmicas já existentes que foram reforçadas, evidenciadas e/ou denunciadas pelo contexto pandêmico.

5.2.1. Esmacimento das práticas de cuidado

Vale lembrar que, sem detrimento da importância das práticas individualizadas, as ações coletivas ou grupais se adequam de maneira particular às finalidades dos CAPS que tem por objetivo principais a inclusão social dos excluídos socialmente por serem “portadores de transtorno mental”.

O esmacimento das práticas calcadas nas interações coletivas, a despeito de sua obviedade no âmbito dos cuidados profiláticos na situação pandêmica, tem profunda importância quando se consideram a natureza e as finalidades dos cuidados em saúde mental nos CAPS. Assim, práticas coletivas baseadas na interação e sociabilidade dos indivíduos, no fazer cotidiano, se mostram mais coerentes com o objetivo de inclusão e a devida interação do usuário em seu meio sócio-cultural e territorial.

Dessa forma, a prática cotidiana centrada e pautada em acolhimentos e atendimentos individuais e outras atividades (como o acompanhamento por telefone) tornou-se privilegiada na maioria dos casos e passaram a substituir as atividades grupais, da convivência terapêutica (oficinas, convivência e alimentação), as visitas domiciliares e ações articuladas com outros atores da rede.

Por outro lado, não se pode descartar a hipótese segundo a qual a alteração do cotidiano incidiu não somente sobre as práticas de cuidados, objeto de análise do tópico em tela, como, possivelmente conferiu impacto na produção e na magnitude dos problemas por meio dos quais transparecem o sofrimento mental. Assim, somos conduzidos a olhar para as consequências dessa situação que desabrochou em desassistência, descontinuidade dos acompanhamentos e limitação das ofertas de cuidados para os usuários e os familiares dos usuários.

“[...]O acompanhamento dos pacientes sofreu prejuízo, porque os grupos foram suspensos, as reuniões de família estão suspensas, [...] as visitas também ficaram restritas, [...] ficaram só os telefonemas” – P9

“[...] Agora a gente atende quantidade reduzida de paciente e quando você atende é todo, os Epi's, né? Tem que ficar de longe. [...] A gente fazia visita, os grupos terapêuticos, esses estão suspensos, né? ” – P1

“[...] A gente acabou com medo e nisso, os pacientes se afastaram [do CAPS] e nós nos afastamos dos pacientes. Então a gente tem que ver estratégias de trabalhar dessa forma, vencendo o medo de atender” – P5

“[...] Um dos profissionais relatou que nos primeiros 15 dias após os primeiros casos de Covid no município, os atendimentos individuais estavam suspensos. Já as visitas estiveram restritas durante todo o período de coleta de dados, de modo que fui informado apenas de um caso urgente, onde foram realizadas duas tentativas de visita.” – Diário do pesquisador

“[...]Os profissionais relataram que o contexto pandêmico havia alterado a rotina da unidade de forma drástica. Ela que se encontrava vazia naquele momento era cheia antes da COVID-19...” – Diário do pesquisador

5.2.2 O paradoxo da sobrecarga de trabalho

Prepondera a dupla percepção entre o esvaziamento da unidade (com a interrupção de atividades grupais e convivência terapêutica) em um primeiro momento, e a posterior sobrecarga de trabalho pautada por acolhimentos e atendimentos individuais, os quais adquiriram um caráter de livre demanda com o passar do tempo. Após o início da suspensão inicial dos atendimentos pelo período de 15 dias em função de medidas restritivas, e a posterior retomada com a realização de acolhimentos e atendimentos individuais realizados mediante agendamentos e em número limitado por dia.

Durante as primeiras visitas e contatos iniciais com a instituição e seus trabalhadores, a questão da sobrecarga de trabalho era mencionada pelos profissionais do CAPS como algo instituído em uma rotina de trabalho em que todos os profissionais participavam de algum tipo de atividade coletiva, além da prática das atividades individualizadas de acolhimentos e atendimentos. Antes da pandemia, a sobrecarga de trabalho ocorria por conta da alta demanda de procura pelo cuidado em saúde mental junto ao CAPS. Assim, além da larga demanda por acolhimentos de novos pacientes, uma das formas de lidar com a alta demanda de usuários já vinculados a instituição era a realização de atividades grupais, como forma viável para o acompanhamento dos referidos usuários nos períodos entre atendimentos individuais de diferentes especialidades (Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Psiquiatria).

Porém, ao longo do tempo em que transcorreu o processo de produção de dados dentro da instituição, em especial as entrevistas com os profissionais, identificamos que a sobrecarga de trabalho no cenário pandêmico se dava em virtude do número de acolhimentos e atendimentos individuais realizados com os usuários e como consequência da limitação das ofertas terapêuticas.

“[...]a sobrecarga e a mudança de rotina. Poder oferecer menos às pessoas por isso. Menos consultas. Menos atendimento. Não tem grupo terapêutico que era um recurso do nosso CAPS. Funcionava muito com grupos. Todos os profissionais de nível superior aqui fazem um grupo. Que era forma que a gente realmente tinha de acompanhar os pacientes porque individualmente a gente jamais daria conta, diante da demanda.” – P8

“[...]Foram pontuados a mudança de dinâmica em função da pandemia, a alta procura de usuários pelo CAPS e a sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais...” – Diário do pesquisador

Soma-se ainda, a compreensão que repousa na impossibilidade de realizar encaminhamentos a outros serviços de saúde para a retaguarda assistencial em saúde mental de casos leves e moderados em face de uma rede fragilizada e que encontra-se voltada para os atendimentos de casos de COVID-19.

“[...]eu acho que é difícil porque sobrecarrega, mas sobrecarregado, né?! O COVID sobrecarregou serviço de emergência, sobrecarregou a unidade básica. E aí por eles estarem sobrecarregados sobre essa situação sobrecarregou o CAPS com atenção à saúde mental, né?! Não ter para onde encaminhar e virou assim aquela sobrecarga em todos os serviços.” – P8

A Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, estimam que 80% dos sujeitos com sofrimento mental encaminhados aos serviços de saúde mental, não apresentam, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de um cuidado especializado, ou seja, esses casos poderiam ser acolhidos pela Atenção Básica (OMS, 2001; BRASL, 2003 in BRASIL, 2015)

Por outro lado, considera-se que a pandemia da COVID-19 abrangiu variadas facetas da vida e do trabalho afetando tanto usuários como profissionais de saúde.

Vale lembrar que, durante o período em que acompanhamos o cotidiano das atividades laborais inseridas no ambiente institucional a partir da pesquisa, no que tange à organização do trabalho, um dos aspectos relevantes dos resultados incide sobre o fato que os profissionais adotaram temporariamente um regime de escalas de revezamento, em dias alternados, e precisaram conviver e lidar com o aumento paulatino de demanda de atendimento à população concomitantemente a um cenário instituído pelo afastamento de longo prazo, desde o início da pandemia e antes da chegada do pesquisador ao campo, de colegas que compunham o grupo de risco, e o constante afastamento de caráter temporário de colegas de trabalho em face a quadros de positividade para COVID-19, de quadros suspeitos ou ainda por outros motivos de saúde que, por sua vez, apresentam um caráter instituinte de afastamentos e retornos constantes.

“ [...]No lockdown que a gente tava com escala, alguns colegas nossos adoeceram (por covid-19) também” – P9

“[...]...todos os seus parceiros de escala estavam afastados. Todos por suspeita ou casos confirmados de COVID-19...De repente me dei conta que na unidade se encontravam eu, P7 e P5. P5 ficou realizando os acolhimentos que surgiram no período da tarde e eu e P7 ficamos na recepção do CAPS atendendo ao público...” – Diário do pesquisador

“[...]...Em uma reunião com o gerente, ele me mostrou o seu quadro de colaboradores. Possui 24 funcionários ao todo com um número grande de afastamentos. Ao todo, contamos cerca de 11 profissionais com o perfil para participar da entrevista (incluindo ele, o gerente). Ele me revelou que em alguns casos houveram afastamentos, não retorno de licenças e que o Dr. Hélio e uma das funcionárias do administrativo estariam “emprestados” durante a pandemia...” – Diário do pesquisador

Sobre a sobrecarga de atendimentos na rotina de trabalho, podemos captar duas percepções dos profissionais. Como instituído, antes da pandemia, ela se dava pelo grande número de pacientes e novos pacientes em procura de cuidado em saúde mental. Durante a pandemia e com a paralisação de atividades grupais, oficinas e redução do número de atendimentos, a sobrecarga se concretiza em face ao aumento do número das atividades de cunho individual e ao afastamento de longa duração e os de curta duração, como faceta instituinte do tópico abordado.

Diante do conteúdo dos resultados expostos e discutidos no presente tópico, podemos realizar a inflexão da análise, de que se em seu caráter instituído, a sobrecarga de trabalho já se fazia materializada nas rotinas de trabalho da instituição pesquisada antes da vida em pandemia, é plausível a compreensão de que o movimento instituinte da sobrecarga de trabalho se dá por meio das novas dinâmicas do exercício laboral do cuidado, em que a referida sobrecarga transcorre inserida nos limites do contexto proporcionado pelas medidas restritivas adotadas durante a pandemia.

5.2.3 Novas modalidades de Cuidado

A pressão da pandemia da COVID-19 sobre o trabalho em saúde mental no CAPS se fez presente não só sobre os aspectos até então considerados, a saber, redirecionamento das

práticas coletivas, sobrecarga e reorganização, mas também sobre a adoção de formas inéditas de atendimento e de contato visando o cuidado. Assim, como se viu, o aparecimento de novas formas, larvárias até então, de trabalho em diversas atividades laborais, tais como home-office, delivery e atendimentos psicanalíticos/psicológicos via internet, WhatsApp ou outras plataformas digitais, inovaram ou substituíram formas tradicionais de trabalho e interação. O trabalho de cuidados no CAPS não se constituiu como exceção. Seguindo os mesmos condicionamentos o CAPS se aparelhou de algumas das novas modalidades ou de novos canais de cuidado.

Assim, a forma encontrada para reorganizar e, de algum modo, sustentar a assistência aos usuários com quadros estáveis, bem como seus familiares já vinculados e acompanhados pelo serviço, foi a adoção de uma estratégia de acompanhamento por meio de contato telefônico. Entretanto, a adoção do referido expediente, atendimento por meio telefônico ou tele-atendimento, junto aos pacientes revelou fragilidade para o exercício do cuidado pautado pelo vínculo terapêutico, seja com o profissional ou com a instituição. Muito poder-se-ia discorrer sobre a natureza do vínculo terapêutico, contudo, tal propósito, distanciaria a discussão de seus objetivos mais circunscritos.

“[...]Esses pacientes[antigos] são acompanhados mais de perto, cada um pelo seu técnico de referência, por contato telefônico.” – P2

“[...]Você liga o paciente não atende. Liga pro outro telefone, às vezes são três contatos, você acaba ligando pros três e ninguém atende você, né?” – P3

“[...]a gente tá fazendo, pelo menos eu, algumas orientações e alguns atendimentos por telefone que antes eu não fazia. Então, pouco, eu acho que pouco, mas aconteceu assim, né, meia dúzia de casos de eu dar um suporte pelo telefone. E aí, tá sendo assim, mais pelo telefone, mais individual ou estar mantendo essa questão medicamentosa...” – P8

“Atualmente, as tentativas de se localizar usuárias são feitas pelo telefone por meio de contatos previamente disponibilizados pelos mesmos...” – Diário do pesquisador

“... o telefone não para de tocar na unidade como um reflexo da adoção de novas práticas de funcionamento do CAPS. Os usuários têm demandado pela normalização da rotina de funcionamento do serviço...” – Diário do pesquisador

“[...]Eu própria cheguei a atender cerca de 22 telefonemas [em um dia] durante esse período de isolamento e pandemia” – P4

Contudo, não se abriu mão das modalidades tradicionais e mais adequadas quando puderam ser adaptadas à nova situação imposta pela pandemia e quando outras possibilidades substitutivas se revelavam inoperantes ou inadequadas. Os atendimentos presenciais foram, assim circunscritos ou priorizados para usuários em maior desorganização psíquica, levando em conta o risco de suicídio e o uso adequado das medicações. A maioria dos atendimentos foram realizados pelo psicólogo, assistente social e psiquiatra.

“Estamos passando na frente [para a consulta médica], aqueles que não tem condição de ficar lá atrás na fila aguardando, que é urgentíssimo mesmo, esse a gente passa.” – P3

“Os pacientes que a gente fala que são extremamente graves são aqueles pacientes que além dele ter a ideia suicida, ele tá planejando como ele vai se suicidar” – P4

“A gente começou a priorizar alguns casos mais graves, alguns pacientes que já estavam adaptados ao medicamento, que já estavam mais estáveis, foram ficando um pouquinho mais de stand by” – P8

“[...]E agora [agosto], o médico tá atendendo alguns casos novos[...], tá mesclando os casos novos com os casos que já estavam sendo acompanhados” – P5

“[...] a maioria das condutas foram as de: agendamentos de atendimento psicológico, com assistente social e médico” – Diário do pesquisador

5.3. A (DES)ARTICULAÇÃO DA RAPS

A pandemia deu relevo a uma condição pré-existente no que se refere ao campo da articulação da Rede. Neste sentido, ela revelou o instituído na SM do município e do território. Uma rede se articula não somente por meio do adequado agenciamento de suas diferentes instâncias e atores, mas também por meio de seu funcionamento, esse condicionado

por uma clara compreensão da natureza dos trabalhos, de seus fluxos, das competências, diferenças e complementaridades.

Os profissionais possuem o entendimento que a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) é composta pelos CAPS em suas diferentes modalidades e/ou que sua composição se dá entre os CAPS e outros serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de complexidade/atenção; mesmo que durante a prática laboral, em alguns casos, busquem articulações sem tomarem conhecimento que a RAPS pode se constituir com outros atores parceiros que não sejam da pasta da Saúde, como as escolas, os clubes comunitários, centro de convivência, centros/projetos de geração de renda e economia solidária, paróquias, associações de moradores, defensoria pública entre outros possíveis parceiros.

“[...]Tem uma ideia no geral, né?! Eu sei que tem as residências terapêuticas, os caps. Eu sei que o PSF e unidades básicas dão suporte. É, se sai uma situação de emergência para onde encaminha. É, a gente conhece um pouco, né, onde é a unidade de internação. Para que cada CAPS, né, em situações específicas. Um pouco desse fluxo da rede a gente conhece...” – P8

Apesar de alguns profissionais reconhecerem a importância de parceria com outros serviços, a maioria compreende a RAPS como a rede de saúde do território e o hospital de referência em SM (Hospital Adauto Botelho); e a Articulação da Rede e da RAPS como encaminhamento e aos possíveis fluxos na rede (do usuário e entre os serviços/atores), apontando para uma não articulação das ações e agentes envolvidos, tendo o território dos sujeitos como local de cuidado. Tal questão já se fazia presente no serviço anteriormente à pandemia da Covid-19.

Desta maneira, ao abordar a rotina de trabalho, adaptada ao contexto da pandemia, podemos apontar como resultados os relatos dos profissionais que relatam os seguintes pontos:

“[...]Quando tem crise ele é encaminhado pra UPA. Às vezes fica um dia lá. Aí já é feito todo, né? Já pedem os exames dele e aí liga no Adauto Botelho e regula. As vezes tem dez na frente dele, né?” – P1

“[...] [Agora] tá diminuído. A gente não tem encaminhado muitos pacientes também porque a gente entende que o COVID sobrecarregou serviço de emergência, sobrecarregou a

unidade básica., e aí por eles estarem sobrecarregados sobre essa situação, sobrecarregou o CAPS” – P8

“[...]O paciente de saúde mental tem o estigma, até nos outros serviços que a gente acompanha fala ‘ah não, o paciente é seu’” – P9

“[...] já tem pronto assim, como funcionam essas redes, pra onde ir, onde encaminhar, tem já lá esse fluxo pronto, se eu não sei como que funciona, eu não sei como encaminhar esses pacientes;” – P6

“...Antes de fazer um encaminhamento para a UBS decidiram fazer mais alguns atendimentos para abarcar as possíveis questões e subsidiar o encaminhamento com uma visão mais ampliada do caso. Outro fator que também motivou a proposição de retorno para novo atendimento da pessoa em questão é o cenário pandêmico. No atual momento a Atenção Básica está centrada na questão da COVID e não estão atendendo demandas de saúde mental...” – Diário do pesquisador

“... citam um episódio ocorrido na sexta-feira passada (26/06/2020). Uma paciente chegou ao serviço acompanhada de familiares. Pelos relatos, se encontrava em crise (possível surto psicótico). Discurso errático, heteroagressividade direcionada a mãe/cuidadora e desorganização psíquica... A conduta da equipe foi a de acionar o SAMU, mas o mesmo se manifestou que tinha prioridades para atendimento de quadros de síndromes respiratórias graves (COVID-19) e não forneceu retaguarda ...” – Diário do pesquisador

“... No caso de crises e surtos, estão sendo feitos encaminhamentos para a UPA mais próxima ou acionado o SAMU. O SAMU por sua vez não está conduzindo casos de saúde mental para outras unidades/internações em função da saturação da rede de saúde no município e, em alguns casos, faz a aplicação de medicamentos in loco...” – Diário do pesquisador.

“... Em uma reunião com o gerente, ele me mostrou o seu quadro de colaboradores. Possui 24 funcionários ao todo com um número grande de afastamentos. Ao todo, contamos cerca de 11 profissionais com o perfil para participar da entrevista (incluindo ele, o gerente). Ele me revelou que em alguns casos houveram afastamentos, não retorno de licenças e que o

Dr. Hélio e uma das funcionárias do administrativo estariam “emprestados” durante a pandemia...” – Diário do pesquisador

A percepção dos profissionais do CAPS de que os pacientes, muitas vezes, são recusados em outros serviços de saúde e que a realização de encaminhamentos é entendida como articulação de Rede. O apontamento da percepção de uma RAPS fragilizada e desarticulada, o que causa desassistência e sobrecarga aos profissionais do CAPS. Desta forma, um encaminhamento e o possível retorno ao CAPS transformam a instituição Saúde Mental, tendo o CAPS como ponto de referência, em uma porta giratória. Como possíveis causas, os profissionais atribuem a questão devido à falta de capacitação em SM e ao estigma relacionado à saúde mental.

“[...]Tanto faz na pandemia, sem pandemia... Difícil! A gente não tem uma contra-referência, [...] aí você acaba ficando com o paciente estável aqui porque não tem pra onde encaminhar, né?” –P1

“[...]Os pacientes chegam no serviço e eles falam “não é aqui não, volta!”, mas eu acho que é porque eles não têm conhecimento, é muito raro um curso de capacitação” –P4

“[...]O paciente de saúde mental tem o estigma, até nos outros serviços que a gente acompanha fala ‘a não, o paciente é seu’” – P9

“[...]A gente não faz visita. A gente não sai muito da unidade. Esse sair facilitava, né?! Não sei, a gente não tem encaminhado muitos pacientes também porque a gente entende que as unidades básicas, por exemplo, estão muito envolvidas com a situação do COVID. E aí essas outras questões vão ficando, né, a pessoa não vai ter um suporte agora. Então, a gente acaba mantendo até mais tempo do que o necessário aqui no CAPS mais para a pessoa não acabar sendo prejudicada, né?! Acho que é isso.” – P8

Desta forma, podemos arguir que a articulação da RAPS já estava instituída no território, sendo intensificada no cenário pandêmico e pelo não compreensão dos outros serviços que compõe a rede para além do CAPS, como a atenção primária e a secundária, em compreender o seu papel no tocante ao cuidado em saúde mental levando a recusa dos pacientes nas equipes da ESF e Policlínicas de atravancando a circulação dos usuários entre

os dispositivos; a superlotação do SAMU e das UPAS, contribuem no desamparo aos usuários (LIMA; GUIMARÃES, 2019).

A falta de recursos humanos e da reorganização de fluxos, a sobrecarga na rede, intensifica a questão da recusa de pacientes e desarticulação da RAPS, sob a justificativa de impossibilidade ou demora no atendimento, principalmente pela falta do profissional médico, evidenciando a hierarquização do saber médico e a medicalização como norteadores do cuidado em saúde mental. Mais uma vez, os profissionais destacam que essa sobrecarga foi intensificada durante a pandemia, o que agravou a situação).

A troca de papéis, como o desempenho de função que não a original em momento de contratação ou, o recebimento e a cessão por “empréstimo” de funcionários – os quais são recolocados para trabalhar em outras unidades de gestão municipal -, os afastamentos de longa permanência (por condição de risco em virtude de condição de saúde pré-existentes) e temporários em função da CPVID-19 ou, ainda, de por outras questões de adoecimento.

“[...]Geralmente existe uma falta de médicos, principalmente nas policlínicas, nunca tem médico psiquiatra, sempre não tem [...] então a gente manda e o paciente fica sem atendimento” – P4

“[...]Tem muita dificuldade nossa também, às vezes encaminha para o ambulatório e o ambulatório está com uma fila gigante também” – P5

“[...][Agora] tá diminuído. A gente não tem encaminhado muitos pacientes também porque o Covid sobrecarregou serviço de emergência, sobrecarregou a unidade básica, e aí por eles estarem sobrecarregados, sobrecarregou o CAPS” – P8

A percepção de que uma rede e a sua conseqüente articulação se tornaram ainda mais fragilizadas em virtude dos diferentes níveis de atenção e complexidade da rede voltaram o seu foco para o atendimento da COVID-19. Tais apontamentos se refletem como: a suspensão de atividades compartilhadas com outras unidades e atores da RAPS, a falta de comunicação com pontos de atenção e da RAPS, o foco da ação em pedidos e encaminhamentos de internações e o empréstimo e cessão de funcionários.

Os encaminhamentos são entendidos como articulação da rede. Em alguns casos, o encaminhamento e o acionamento de outros atores da rede não é efetivado em face da perspectiva do usuário/paciente não ser atendido em outro serviço e ser reencaminhado ao

CAPS. Fato que sinaliza que outros serviços de saúde do território, como PSF, Policlínica e outras unidades de saúde não compreendem qual a função e a lógica de funcionamento do CAPS, o que é saúde mental (?), ou ainda que eles fazem parte da RAPS.

“... um episódio ocorrido na sexta-feira passada (26/06/2020). Uma paciente chegou ao serviço acompanhada de familiares. Pelos relatos, se encontrava em crise (possível surto psicótico). Discurso errático, heteroagressividade direcionada a mãe/cuidadora e desorganização psíquica... A conduta da equipe foi a de acionar o SAMU, mas o mesmo se manifestou que tinha prioridades para atendimento de quadros de síndromes respiratórias graves (COVID-19) e não forneceu retaguarda ...” – Diário do pesquisador

“No caso de crises e surtos, estão sendo feitos encaminhamentos para a UPA mais próxima ou acionado o SAMU. O SAMU por sua vez não está conduzindo casos de saúde mental para outras unidades/internações em função da saturação da rede de saúde no município e, em alguns casos, faz a aplicação de medicamentos in loco...” – Diário do pesquisador

“...Antes de fazer um encaminhamento para a UBS decidiram fazer mais alguns atendimentos para abarcar as possíveis questões e subsidiar o encaminhamento com uma visão mais ampliada do caso. Outro fator que também motivou a proposição de retorno para novo atendimento da pessoa em questão é o cenário pandêmico. No atual momento a Atenção Básica está centrada na questão da COVID e não estão atendendo demandas de saúde mental...” – Diário do pesquisador

Um aspecto identificado como culturalmente instituído, no que tange a prestação de assistência e fluxo de encaminhamento/articulação, podemos apontar que, de forma institucional, o serviço e seus profissionais não compreendem que o CAPS é o lugar de atendimento de surtos psicóticos e crises de desorganização psíquica. Diante deste entendimento, buscam como conduta: o acionamento do SAMU; o pedido de vagas em lista de espera para internação em leito psiquiátrico hospitalar; encaminhamentos para a UPA, orientação familiar para que a família acione o SAMU ou leve até a UPA e posterior retorno ao CAPS em momento que o paciente esteja mais organizado/integrado psiquicamente. Por outro lado, a dualidade em entender que o CAPS é para casos graves e persistentes que demandam maior complexidade e a prática em não gerir/gestar o cuidado nos referidos casos,

se dá em um ambiente em que a estrutura do serviço é precária/ e marcada pela ausência de farmácia na unidade, sala de aplicação de medicamentos com local adequado para o estoque de insumos/medicação, médico disponível e infestação de pombos entre outras condições adversas.

Outro aspecto identificado como instituído entre os profissionais que trabalham no CAPS, seja entre os que demonstram maior ou menor conhecimento sobre os temas de saúde mental, RAPS, Reforma Psiquiátrica e modelo substitutivo, antes da pandemia e reforçado no atual cenário, é o comprometimento com o trabalho do cuidado aos usuários do serviço e seus familiares. Por outro lado, parte dos profissionais entrevistados mencionam desconhecer o que é a RAPS e/ou, ainda, alegam não saber como a rede se constitui. Também relatam que os profissionais dos outros serviços da rede de saúde não conhecem o CAPS ou a sua tipicidade/lógica de funcionamento.

“A rede de atenção psicossocial [...] Ela é constituída por cinco CAPS, né? É por cinco redes de atenção psicossocial” – P3

“[...] se eu não sei como a rede funciona, eu não sei como encaminhar esses pacientes...” – P6

“Os serviços que a gente consegue acionar, é através dos encaminhamentos para rede” – P7

A ausência de estrutura física adequada com o que preconizam as normativas técnicas e regulatórias, bem como a ausência de formação específica e continuada em SM e a ausência de investimentos são um caráter instituído na instituição, o que denota um aspecto comum percebido ao longo da história de que a saúde mental não é propriamente uma prioridade de investimentos no campo da saúde.

*“Perguntei aonde ficava a farmácia da unidade, pois não havia identificado nas outras visitas. Ela respondeu que a farmácia da unidade havia sido desativada e que os pacientes que faziam de medicamentos prescritos pelos médicos da equipe iam com os receituários até a policlínica ou outra unidade de saúde para a dispensa medicamentosa ...”
– Diário do pesquisador*

“...contemporizaram sobre a falta de matérias na unidade com por exemplo: folhas sulfites para impressões folhas de evolução de prontuários. E que seria comum funcionários dispenderem valores monetários próprios para a realização de atividades no CAPS...” – Diário do pesquisador

As formas de escolha pela adoção de fluxos de encaminhamentos e articulações da Rede na gestão do cuidado em saúde mental, antes da pandemia de COVID-19.

“[...]Quando tem crise ele é encaminhado pra UPA. Às vezes fica um dia lá. Aí já é feito todo, né? Já pedem os exames dele e aí liga no Aduino Botelho e regula. As vezes tem dez na frente dele, né?” – P1

“[...]O paciente de saúde mental tem o estigma, até nos outros serviços que a gente acompanha fala ‘ah não, o paciente é seu’” – P9

“[...]a gente ficou sem essa possibilidade de encaminhar para um ambulatório especializado. Porque ficou anos, mais de ano entrou duas vezes o médico psiquiatra e ficou assim um mês e desistiu, sabe? Então, a gente perdeu um pouco. A rede tava assim, Desmantelada. ” – P8

“...não observei durante toda o período em que acompanhei o trabalho dos profissionais junto a unidade, menção de que isto se dava de forma articulada com outras unidades de saúde. Seja para saber se os usuários retiravam as medicações, ou para saber em quais unidades haviam a disponibilidade dos medicamentos prescritos aos usuários do serviço...” – Diário do pesquisador

“...Em um dos registros de prontuário, uma paciente apresentava um quadro de desorganização. A família da paciente foi orientada pela equipe do CAPS a acionar o SAMU e buscar a internação da mesma em uma possível situação de crise...” – Diário do pesquisador

Soma-se a isso, o fato de que a internação é tratada pela equipe, como a principal alternativa para os pacientes em desorganização psíquica, surto ou crise, de forma em que esse tipo de orientação e conduta foi a que mais apareceu nos dados, para esse tipo de

situação. Com a pandemia, o problema desse tipo de conduta ainda recebe o agravante da saturação da rede pelos atendimentos de Covid-19, o que aumenta a desassistência dos usuários nessa situação.

“No caso de uma crise, chamar o SAMU, levar pra UPA, que o local para esse atendimento é a UPA, né? Aí tem que solicitar a regulação lá no Adauto Botelho, então ele fica numa lista de espera para ser internado.” – P1

“Uma paciente chegou ao serviço acompanhada de familiares, se encontrava em crise (possível surto psicótico). Não havia médico, prescrição prévia ou medicamentos na unidade. A conduta da equipe foi a de acionar o SAMU, mas o mesmo se manifestou que tinha prioridades para atendimento de Covid-19 e não forneceu retaguarda.” – Diário do pesquisador

“Em um dos registros de prontuário, uma paciente apresentava um quadro de desorganização. A família foi orientada pela equipe do CAPS a acionar o SAMU e buscar a internação em uma possível situação de crise, não ficando claro se as possibilidades de intervenções antes da internação haviam sido esgotadas ou se a mesma apresentava risco a si mesma ou a terceiros” – Diário do pesquisador

A (falta de) compreensão, por parte dos trabalhadores, do CAPS como espaço que atende os pacientes em crises e em desorganização psíquica, uma vez que o serviço é responsável por casos graves e persistentes.

“[...]Como o atendimento aqui é agendado e a gente já tá com essa defasagem de médico, então a gente pede que o familiar leve esse paciente em crise pra UPA” – P4

“[...]Na minha visão o CAPS ele realmente não deve mesmo fazer atendimento de surto, atendimento de pessoas em crise” – P7

“[...] No caso de uma crise, chamar o SAMU, levar pra UPA, que o local para esse atendimento é a UPA, né? Aí tem que solicitar a regulação lá no Adauto Botelho, então ele fica numa lista de espera para ser internado...” – P1

“[...] Uma paciente chegou ao serviço acompanhada de familiares, se encontrava em crise (possível surto psicótico). Não havia médico, prescrição prévia ou medicamentos na unidade. A conduta da equipe foi a de acionar o SAMU, mas o mesmo se manifestou que tinha prioridades para atendimento de Covid-19 e não forneceu retaguarda...” – Diário do pesquisador

Por outro lado, há ausência de infraestrutura adequada para que esse tipo de atendimento seja dado pelo CAPS, bem como a devida capacitação profissional permanente e continuada aos profissionais que compõem a rede de cuidados em SM.

5.4. REPERCUSSÕES NA SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DO CAPS COMO CONSEQUÊNCIA DO CENÁRIO PANDÊMICO.

É factível a percepção que a pandemia reverberou, em maior ou menor intensidade, na saúde mental das pessoas. Ao se encontrarem como parte integrante de uma sociedade afetada pelo novo coronavírus e inseridos nos mais diversos vínculos sociais, os profissionais do CAPS que praticam o trabalho de cuidado também sentiram os impactos em sua saúde mental.

Entretanto, a questão do sofrimento psíquico e questões de saúde mental/psicoemocionais que acometem trabalhadores de saúde que optaram pelo cuidado como profissão vocativa não é nova e faz parte da rotina corriqueira em serviços de saúde em suas diversas modalidades. Logo, destaca-se que condições de adoecimento em saúde mental eram fatores pré-existent na vida dos profissionais do CAPS, anteriormente à pandemia de COVID-19. Configuram desta maneira algo no campo do instituído.

“[...] Ela salientou que... faz uso de medicações em função diagnóstico de Transtorno Bipolar ... Refere que trabalha no CAPS CPA IV há cerca de dois anos e que o trabalho na unidade fez despertar a sua atenção ao cuidado em sua própria saúde mental ...” – Diário do pesquisador

“[...]... seu afastamento motivado por uma tentativa de suicídio.... Contou que a motivação da tentativa de ceifar a própria vida se deu após a perda da mãe. Depois do falecimento de sua genitora ela passou por uma fase de crise e desorganização psíquica que culminou com a tentativa e o posterior afastamento ...” – Diário do pesquisador

Por outro lado, ao nos atentarmos em seu caráter instituinte, entre outros aspectos, o cenário de pandemia fomentou impactos e desdobramentos na vida dos profissionais do campo da saúde mental, como consequência direta da pandemia de COVID-19. Dentre as repercussões compreendidas por conotações negativas atribuídas à pandemia, pelos trabalhadores do CAPS, é tangível o apontamento da menção a sentimentos como: medo, ansiedade e insegurança entre outros fatores:

“[...] Depois que eu tive essas crises... É uma dor intensa, é uma dor de cabeça intensa, é uma crise de pressão alta, que eu nunca tive pressão alta agora eu tô tendo pressão alta, né? É diarreia também, vai pra dois meses [...] parou, quando foi esse final de semana, voltou novamente.”; P3

“[...] Essa pandemia, pra mim, foi uma questão muito impactante, acho que pra todo mundo, né? Gerou medo, gerou ansiedade...” P5“

“[...] a minha depressão ela aumentou, porque eu já tava praticamente assim... Sem tomar minhas medicações, porque eu faço uso de medicamentos controlados para a depressão, e eu tinha diminuído a dose e aí teve que voltar, porque eu não conseguia dormir [...] eu tenho muita crise de ansiedade, principalmente quando eu chego na minha casa, eu fico muito ansiosa [...] muita angústia, e quando a depressão bate muito forte em mim eu fico [...] Porque eu já tentei suicídio, então eu fico assim... Aqueles maus pensamentos começam a voltar com maior intensidade.” P4

*“A assistente social disse que não estava sentindo-se bem e que acreditava que estava num quadro de ansiedade em função de estar trabalhando na unidade durante a pandemia...”
– Diário do pesquisador*

“[...] umas duas colegas que veio a óbito por causa do Covid, então é um baque que eu me sinto como se fosse um pedacinho de você que fosse junto e [...] você não pode se despedir, não pode dar um apoio pra família, então gera uma sensação assim de insegurança...” – P9

Em sua grande maioria os profissionais da saúde no Brasil não têm experiência de atuação em emergências de grande porte, como é o caso da COVID-19, o que representa um estressor adicional (BARROS-DELBEN et al., 2020).

Tanto nas entrevistas, como durante todo o processo de produção dos dados, esteve presente a manifestação de preocupação, por parte dos profissionais de saúde, relacionada à saúde e ao bem-estar de familiares, amigos e outros membros da equipe em face à exposição ao risco de contaminação pela COVID19. A preocupação e o medo de transmitir a doença a um ente querido, ou em outras palavras, de levar o vírus para casa, foi referida pelos profissionais de saúde.

“[...]Fui conhecer minha neta agora, faz dois meses [...] Por medo também de ir, porque não sabia se eu estava contaminada ou não. Eu tive medo de ir e aí contaminar eles lá, né?”; – P3

“[...]medo de vir trabalhar [...] infectar e levar pro meu marido, eu não sou grupo de risco, mas ele é, eu tenho filho pequeno também.”; – P5

“[...]O medo, né? Por ter meu pai idoso e eu ter só o meu pai [...] eu ficava com aquela coisa ‘nossa, todos os idosos estão morrendo, e se eu perder meu pai, eu só tenho ele, eu vou ficar sozinha nesse mundo’.” – P4

“[...] Eu tenho uma preocupação. Eu tenho uma dor das pessoas que estão perdendo familiares, né? E ansiedade de contaminar outras pessoas. Até porque eu tenho muita ansiedade de chegar e contaminar os meus pais [...] eu acho que eu ia me sentir muito culpada se isso acontecesse.” – P8

“[...]... todos os profissionais mencionam estarem receosos em se infectarem com o vírus, pela possibilidade de adoecerem ou do adoecimento de seus familiares tendo eles como vetores da doença. E que este fato tem gerado tensão e produzido ansiedade em suas vidas...” – Diário do pesquisador

Os profissionais da saúde reportaram o medo de contrair a doença e, ainda, transmiti-la a seus familiares, bem como sofrimento pelo distanciamento de entes queridos, estresse e ansiedade (Hall et al., 2008 in SCHMIDT, 2020). Situação semelhante ocorreu em 2003, durante a epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), um outro tipo de coronavírus, quando as implicações psicológicas decorrentes da doença foram maiores que as

implicações médicas, em termos de número de pessoas afetadas e tempo de duração em que elas foram afetadas (Taylor, 2019 in SCHMIDT et al., 2020).

Por outro lado, também observamos a percepção de que a pandemia reverberou efeitos entendidos de forma positiva, como as reflexões/insights/elaborações relacionadas à valorização da vida.

“[...] Fez eu refletir mais a questão da importância... Que a gente pode hoje tá vivo e amanhã não estar mais! A pandemia veio nos trazer muita reflexão [...] Eu me sinto tranquila [...] tenho certeza que a gente passa por momentos de dificuldade, por momentos que é pra testar mesmo a nossa fé [...] e a gente sabe e tem certeza que isso é um momento, mas que vai passar.” – P1

“[...] Eu senti assim [...] fiquei em casa 24 horas pra você pensar então aproveitar a vida ao máximo, fazer o melhor pras pessoas, porque amanhã... Amanhã é amanhã, né? Pertence a Deus [...] eu acabei fazendo várias reflexões, porque eu tava numa correria na minha vida e na hora que eu parei [...] que eu fiquei ‘eu comigo mesmo’ e falei “Eu tenho que cuidar de mim!” [...] olhar mais pra mim também, não preciso ficar na correria.” – P6

“[...]na minha vida foi ótimo, porque fez a gente começar a valorizar a vida, olhar a vida de um jeito diferente, valorizar a vida, valorizar os alimentos, ver o corpo, o olhar é outro [...] Eu tô bem, [...] nesse período todo onde a gente teve essa coisa das escalas [...] eu podia ficar em casa, foi bem produtivo, porque eu pude desenvolver outras coisas, [...] acho que porque eu vejo como um momento de mudança mesmo a nível humano mesmo, na humanidade, e a gente tá sofrendo agora pra dar essa virada, esse balanço, como se fosse uma limpeza mesmo, eu acho que isso aí só veio pra melhorar.” – P7

O apontamento de repercussões negativas vivenciadas pelos profissionais, em face ao distanciamento das redes de apoio, como a ausência das reuniões familiares e/ou com amigos, e a interação e socialização com outras pessoas, que são vistas como algo essencial, que dá sentido e tonalidade à vida.

“[...] Nós estamos acostumados a viver em comunidade, viver em união, viver junto, né? Tudo que acontece tem alguém da sua família ali do seu lado, né? Então, essa pandemia trouxe muita tristeza, né? [...] Todo mundo arredio, todo mundo de longe, ninguém pode aproximar mais. Não tem mais aquele calor humano [...] nós profissionais a gente sente falta

[...] no meu caso... Eu entrei (nessa profissão), eu gosto de conversar com o paciente, orientar, pegar na mão do paciente, né? E hoje não, é lá de longe.” – P3

“[...] Na minha vida [...] a minha atividade de lazer que foi reduzida, quase não tenho vida social [...] até minha rotina em casa mudou [...] eu tô usando máscara em casa também, não tanto por causa do CAPS, mas eu trabalho no pronto socorro, então em casa, por causa da minha mãe que é idosa, da minha família, isso dá... a máscara parece que dá um distanciamento, por causa do contato, do afeto [...] os encontros com a família também ficaram restritos...” – P9

“[...] Também fui afetado, fiquei afastado por um tempo do meu trabalho que é uma coisa que eu amo fazer.” – P6

“[...]...é como se a gente tivesse vivendo a parte pesada da vida, e aí essa parte boa: o meu lazer, os meus amigos, o meu convívio familiar, o meu, sabe, a minha festa de aniversário. Qualquer coisa que era do alívio e não do campo da obrigação [...] da parte mais leve da vida, a gente ficou privado [...] e isso afeta muito a gente [...] eu não posso mais sair para tomar um sorvete com uma amiga. Não posso mais sair para comer um lanche e tomar uma cerveja com os meus amigos. Eu não posso mais comemorar o meu aniversário, no sentido de fazer uma festinha.” – P8

Os profissionais do CAPS apontam como movimentos instituintes disparados pela pandemia, o fortalecimento e tecelagem/capilarização de redes de apoio. Para tal, apontaram como estratégias utilizadas de enfrentamento/cuidado de si e do outro, a busca e o emprego de práticas que proporcionam o bem-estar físico, mental, espiritual e emocional, como: caminhada, meditação, passeios ao ar livre e dançar.

“[...]A gente tá fazendo exercício em casa [...] põe música, tenta dançar lá no fundo do quintal, eu e meu esposo [...] põe música lá e a gente dança, pra ver se espanta [...] e vê se traz só coisas boas, né? Se volta essa alegria, né? E tira esse medo, né? Esquece um pouco o que tá acontecendo no mundo.” – P3

“[...]eu tô bem [...] busco sempre meu equilíbrio através das minhas atividades físicas. Na meditação, na yoga, na dança [...] Sempre busco me cuidar da melhor maneira

possível [...] pra não ter a questão da ansiedade, pra não ter a questão da depressão. Procuo me tratar tanto na parte física, como na parte mental, como na parte espiritual, na parte emocional [...] cuidar desse conjunto todo [...] eu gosto muito de trabalhar com as PICs.” – P1

“[...] Eu procuro fazer uma atividade física [...] o que eu falo para os pacientes é muito o que eu faço [...] do sono, a alimentação, uma prática, caminhada... algum exercício.” – P6

“[...]tenho uma amiga que é muito querida, muito próxima, que se dispôs, ela faz atendimentos em saúde prática integrativas em saúde. Reik. Acupuntura. Ela me atendeu algumas vezes na minha necessidade, então eu tive esse contato com ela que já foi um alívio...” – P8

O uso de plataformas digitais como ferramentas importantes para suprir ausências e minimizar distâncias no período de pandemia e, desse modo, promover a manutenção dessas redes de apoio e a sensação de proximidade e segurança. O fortalecimento da rede apoio, garantindo o distanciamento físico, sustenta as relações vinculares afetivas no atual contexto de pandemia.

“[...]mas a gente tem se falado, hoje em dia as mídias tem ajudado muito [...] falo pelo celular, pelo vídeo, vídeo chamada [...] aí você tem uma falsa sensação [...] de tá próximo, de segurança. Eu mesma falo com meus parentes, minhas tias que são idosas [...] com as minhas colegas, então isso dá uma sensação de segurança, de pertencimento, de tá... como se diz, tá tudo sob controle.” – P9

“[...]Eu sempre faço vídeo chamadas. Eu acho que a vida na rede social aumentou...” – P8

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia causada pela COVID-19, além de globalizar o vírus, globalizou a percepção de vulnerabilidade. Da China ao Brasil. Ela evidenciou, e continua evidenciando, a condição universal de que todos nós somos vulneráveis em saúde mental, em maior ou menor grau de suscetibilidade. Ao falarmos de vulnerabilidade e a vulneração de pessoas vulneradas no contexto da pandemia de COVID-19, seja ela um usuário de um serviço de saúde ou um trabalhador, cabe aqui uma reflexão. Aqueles que se encontram em posição de ter que procurar por cuidado assistencial ou algum tipo de retaguarda em saúde mental, ao serem acometidos pela condição de sofrimento psíquico, já se tornaram vulnerados. Logo, também se tornam elegíveis na condição de fiel depositário para receberem o olhar e o cuidado praticado pelos profissionais da ponta e, estruturado por meio de adesão ou elaboração de políticas públicas, pelos gestores da administração pública nas diferentes esferas de autarquia.

O presente estudo possui limitações impostas pelo desenho e escolha da população, sendo realizado em apenas um serviço especializado em saúde mental, o que impossibilita a generalização dos dados encontrados, dentro do contexto de pandemia no cenário brasileiro. Contudo, sabemos que esta pesquisa, ao apresentar os dados desse contexto e seus resultados, pode contribuir com a análise dos impactos da pandemia de COVID-19 na RAPS e o cuidado em saúde mental no Brasil. O cenário encontrado no CAPS estudado, em um território do município de Cuiabá-MT, pode não refletir necessariamente a realidade de outros CAPS e localidades. Por outro lado, o panorama revelado junto ao CAPS I – CPA IV pode, sim, de maneira pertinente, se assemelhar ao cenário encontrado e vivenciado por outros serviços com atuação voltada aos cuidados dispensados em saúde mental. Isto posto, escamotear as limitações de uma pesquisa confere e proporciona credibilidade e legitimação ao trabalho realizado.

De início, observamos o apontamento que o CAPS CPA IV tem a tipificação de CAPS-I. Porém, na realidade prática exerce a função de CAPS II. Tanto pela composição da equipe, como pelo dimensionamento da população atendida. Tal fato pode ter uma relação direta com (des)financiamento, (falta de) manutenção e precarização da unidade que é referência ao atendimento de pessoas que sofrem em virtude de transtornos mentais e/ou quadros de desorganização psíquica, no município de Cuiabá. O que poderia explicar por exemplo a ausência de farmácia, de local adequado para estocagem de medicamentos, sala de aplicação de medicação e outros diversos pontos relacionados às condições de trabalho.

A partir de 2016, observamos um movimento de “contra-reforma psiquiatria” articulada pelo governo federal e pautada no desinvestimento e desterritorialização junto a rede substitutiva ao modelo manicomial asilar, assim como o cadastramento e financiamento através da transferência de recursos da RAPS para o modelo asilar-manicomial ou hospitalocêntrica, ou ainda investimento em instituições de cunho privado (como são as comunidades terapêuticas). Desta forma, tal movimento se estende por todas as unidades federativas que recebem os repasses e financiamento oriundos do governo federal. Quando optamos por congelar recursos (PEC 95) e desinvestir em equipamentos da RAPS e de base territorial comunitária, em que é reforçado um movimento (re)instituinte de retorno ao modelo centrado em contenção química, física e de violações de direitos, que em seu caráter secular estigmatiza pessoas com transtornos mentais.

De acordo como os resultados obtidos em nossa pesquisa, a estrutura do serviço e o processo de trabalho são pautados na atuação multidisciplinar e que o exercício da interprofissionalidade se dá em alguns momentos do cotidiano de trabalho. Também ficou evidenciado nas entrevistas e nos relatos do diário de campo que os profissionais do CAPS, em sua maioria, não estão imbuídos do conceito da prática Interprofissional e de como ele pode ser praticado. Sem esquecer que, a composição do serviço em si é multiprofissional, mas que a sua lógica de funcionamento é interprofissional. No serviço acompanhado, ficou evidente que o modelo de trabalho multiprofissional foi reforçado pelas novas dinâmicas sociais instituídas pelo insituante cenário pandêmico. Aparentemente, essa já era uma lógica do serviço, mas que foi desvelada pelo contexto da pandemia.

Assim, os resultados da pesquisa apontam para algo que não é novo, mas que sinaliza que para a prática do cuidado em saúde mental pautado pela atuação interdisciplinar e interprofissional, é necessária uma formação que propicie esse tipo de atuação. Algo que aparentemente está ainda distante de ocorrer, visto que, mesmo os profissionais que atuam na área do cuidado e da saúde, muitas vezes se assustam e desconhecem o cuidado em saúde mental e quando se deparam com o trabalho em instituição de saúde mental aprendem no fazer do trabalho, muitas vezes reproduzindo práticas instituídas na instituição e na reprodução/espelhamento dos pares, colegas de profissão.

As lacunas de conhecimento, por parte dos profissionais e da gestão, sobre aspectos básicos do cuidado psicossocial, a articulação insuficiente e deficitária dos dispositivos que compõe a rede no território e no município, as práticas manicomiais instituídas, a fragmentação do trabalho e a ausência de repertório e retaguarda institucional para o emprego de uma reorganização adaptativa e rápida, frente ao aumento de demanda no serviço e da crise

disparada pelo novo coronavírus, são resultados da falta de investimento em estrutura física, em EPS e da formação uniprofissional, durante o período de graduação.

No que tange a articulação de rede, fica evidenciado que os profissionais também desconhecem o conceito da RAPS, que é composta pelos diferentes equipamentos, serviços e pontos de apoio da RAS, mas que também é composta por todos os parceiros que não sejam específicos da área da saúde, como: a escola que cede um espaço ou a quadra para a prática de atividades de socialização, integração e reabilitação psicossocial, o centro comunitário, a paróquia da igreja local e assim por diante. Soma-se a isso, o fato da maioria dos profissionais manifestarem nas entrevistas e nas falas do cotidiano de trabalho desconhecerem como a rede se compõe e se articula no município e no território. Ainda não obstante, se torna válido o argumento no que diz respeito à percepção dos profissionais sobre a articulação da rede: a maioria confunde encaminhamentos com articulação de rede. O ato de encaminhar a outro serviço com orientação aos usuários e familiares, ou com ficha de contra-referência (ficha de encaminhamento de um serviço de saúde a outro serviço da rede) não é, necessariamente, articular rede. Tampouco praticar a gestão do cuidado de pessoas e territórios. No cenário atual, ao observarmos o monopólio das questões da saúde em função da COVID-19, na prática e no cotidiano de trabalho, a Atenção Básica encaminha ao CAPS casos que poderiam e deveriam ser atendidos pelas nas UBS, ambulatórios e postos de saúde.

De forma genérica, a composição da Rede/RAPS é extremamente frágil. Talvez nem seus componentes tenham a percepção de que a integram. Quanto à articulação, resta ponderar que ela se baseava em reuniões para discussão de caso(s) e encaminhamentos desarticulados entre os serviços, e que no momento da pandemia se retraiu de uma forma que não foi percebida pelo pesquisador ao longo do tempo em que se deu a produção dos dados.

A pandemia reflete diretamente no cuidado e na rede de apoio dos usuários do serviço. Que também não possuem mais o espaço para atendimento dos familiares e ao encontrarem a precarização de ofertas e articulação da rede, se veem sem retaguarda, mais vulneráveis e sobrecarregados.

Uma alternativa poderia ser a utilização de outros meios de atendimento à população, como: atendimentos telefônicos e por meio de vídeo chamadas para aqueles que possuem celular e/ou computador com acesso à internet. Observamos que o telefone celular do CAPS é antigo e não possui aplicativo de plataformas digitais, por exemplo.

Segundo relatos dos profissionais da equipe, durante as medidas restritivas e nova dinâmica da prestação do cuidado, os usuários demandam a retomada da “normalidade”. Querem e desejam que o serviço volte a funcionar como funcionava antes da pandemia.

Assim como a pandemia não tem data para acabar, não identificamos movimento da gestão de saúde e da saúde mental para a prática de uma forma adaptada de funcionamento ou uma nova forma de funcionamento no pós-pandemia.

Outro ponto a ser analisado é o de que os profissionais compõem sozinhos a referência terapêutica dos pacientes. Consideramos nesse momento como um fato negativo, pois dificulta a realização do cuidado e do trabalho sob a lógica da atuação pautada pela interdisciplinaridade e outras questões, como: se o profissional responsável por referenciar um usuário é desligado e/ou afastado da atividade laboral por algum motivo, como fica o cuidado do usuário?; trabalhar em conjunto com outros profissionais de diferentes formações no cuidado exercido com a referência terapêutica possibilita maior vinculação ao serviço de saúde e ao tratamento de forma mais integrada e abarcando diferentes facetas da vida do usuário dentro de um projeto terapêutico com uma melhor condição de apropriação de condutas e manejos nos casos referenciados pelo CAPS; quando do esgotamento de ações por parte de algum dos técnicos de referência, o trabalho em parceria com outros atores possibilita a ampliação do olhar e da clínica, bem como pode diluir sentimento de frustração pelo esgotamento de repertório por parte dos profissionais nas pactuações de cuidado junto ao usuário.

Ente os aspectos positivos oriundos da vida em pandemia, os trabalhadores entrevistados mencionaram reflexões sobre a valorização da vida, estratégias de autocuidado, fortalecimento das redes de apoio junto aos colegas de trabalho, amigos e da família, seja por meio de contatos físicos ou remotos, e o fomento da resiliência diante de um cenário de adversidade. Como aspecto positivo, também elencamos o incômodo manifestado diante da autoridade imposta pela hierarquia do saber médico.

Os aspectos negativos que se encontram relacionados à pandemia são o medo, o aumento da ansiedade, a preocupação com a infecção de familiares e entes queridos, bem como o encolhimento das relações e interações afetivas e sociais. O medo em ser contaminado e expor os entes queridos ao coronavírus, ao “levar o vírus para casa”, ou de morrer e perder pessoas próximas, se tornou parte da rotina e da vida dos profissionais que atuam na linha de frente da saúde, incluindo os da saúde mental, e pôde ser sentido durante todo o processo de coleta e produção dos dados.

Vale a ressaltar que na adoção das estratégias junto às suas redes de apoio e no cuidado de si, os profissionais relataram a utilização de plataformas digitais como forma de cuidado no campo da saúde mental. Fenômeno marcado pela dicotomia entre a esfera da vida pessoal e da profissional, levando em conta que no trabalho de cuidado praticado junto aos

pacientes usuários CAPS a mesma prática não se efetivou de forma viável em face à precarização das condições de trabalho instituídas no cotidiano da instituição.

Entre as recomendações elencadas, apontamos que são necessários investimentos em caráter de urgência na reforma e adequação estrutural e que hajam condições dignas de exercício do trabalho interprofissional aos profissionais do CAPS I – CPA IV na ampliação da rede de cuidado, de modo a propiciar um nível de cobertura mais elevado para o cuidado em saúde mental e, por conseguinte fornecer e ampliar o acesso a população. Supervisão clínico-institucional e de casos. Formação profissional e continuada, a exemplo que tudo o que a pandemia tem nos ensinado (seja pelo desvelamento de condições pré-existentes e instituídas; pelas novas demandas que surgem não apenas com a pandemia, mas que fazem parte do ciclo de vida e da história). Realizações de mais trabalhos e pesquisas para uma ampliação do olhar diagnóstico situacional e que embase ajustes de rota no percurso que iremos traçar no pós-pandemia; ou ainda de pandemia, mas com menos restrições e maior nível de socialização e interações. Aproximação da gestão das coordenações da área técnica das secretarias de saúde, assistência, direitos humanos e defensoria com a realidade vivenciada por trabalhadores, usuários, familiares e sua comunidade de destino.

De forma genérica, os achados na pesquisa apontam para falhas no manejo da gestão e dos serviços da rede, ausência de investimentos e de formação que possibilite o adequado e contínuo preparo dos profissionais para atender as demandas da população, sendo evidenciados pelo cenário de pandemia. A fragmentação do processo de trabalho, a desassistência, a (des)articulação com outros serviços e as práticas manicomialis adotadas pela rede foram *cronificadas*.

Entretanto, nota-se que o cenário pandêmico não é o único responsável por todas as mazelas identificadas, mas é o fator que revela e potencializa deficiências anteriores à crise de saúde pública disparada pelo coronavírus. No CAPS, na RAPS e na gestão de saúde (mental) do município. É de suma importância o ato reflexivo de rever condutas, sendo refletir pensar nas questões da organização e dos fluxos de trabalho dos serviços de saúde mental, bem como na articulação entre eles. Nunca no sentido de culpabilizar indivíduos, mas de questionar o lugar ocupado (pela instituição) da saúde mental no imaginário da sociedade e direcionar os esforços necessários para a continuidade da implantação reforma psiquiátrica e sua conseguinte institucionalização pautada nos preceitos e diretrizes propostos (pela reforma) e, assim, materializar, resistência.

Por fim, podemos argumentar que a Reforma Psiquiátrica e a rede substitutiva, ao longo de seus mais de 35 anos, não se consolidaram por inteiro e se configuram como um

processo em construção que é marcado por avanços lentos e, agora, retrocessos. Assim como a formação e qualificação dos profissionais precisa acompanhar a lógica do cuidado integral e da clínica ampliada de base territorial por meio da prática do trabalho interprofissional, pilares na prática do cuidado assistencial em saúde mental prestado a uma parcela da população e à sua rede de apoio, a capilarização de uma rede substitutiva, que opera sob princípios da (re)inserção e (re)habilitação psicossocial pode ser tornar pouco efetiva e pouco resolutive se os profissionais e gestores que atuam na esfera da prestação do cuidado não se encontram imbuídos de tais conceitos norteadores, ou desconhecem a forma de como colocá-los em prática.

Assim, constatamos que em função da necessidade de reorganização da forma de prestação do trabalho assistencial, os CAPS (e outros dispositivos de cuidado de base territorial comunitária) tiveram modificadas, pelo Brasil afora, uma de suas principais características que é o modelo de funcionamento de portas abertas que acolhe as pessoas e não impõe barreiras e fomenta o acesso ao cuidado em liberdade de base territorial que se insere nos bairros e territórios.

7. REFERÊNCIAS

- AHMED, M. Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. **Asian journal of psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 1–7, 1 jun. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32315963/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- ALMEIDA, R. S. et al. Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes Endereço para correspondência. **Residência Pediátrica**, v. 10, n. 2, p. 1–4, 2020. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms->>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- AMARANTE, P. A. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: NAU (Org.). . **Arch. saúde Ment. e atenção psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: 2003. p. 45–66.
- AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090–1107, 1 nov. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/rap/a/VxnVVXZN4bD3bqCTVJwzxBQ/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- ARAÚJO, J. L. de; OLIVEIRA, K. K. D. de; FREITAS, R. J. M. de. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Suppl 2, p. e20200247, 10 jul. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/reben/a/y7Qbt8wkgj5pgm3jk64ghtB/?lang=en>>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 15, n. 3, pp. 53-61, jul-set, 2013. Disponível em:< <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/download/6326/4660/14272>>. Acesso em: 08 mar. 2021.
- BAO, Y. et al. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. e37–e38, 22 fev. 2020. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S0140673620303093/fulltext>>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- BARCIFICONTAINE, C. de P. de. Vulnerabilidade e cuidados. In: SÃO CAMILO (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. São Paulo: 2007. p. 77–92.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 1977.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**. Rio de Janeiro: 1992.

BARROS-DELBEN, P. et al. Saúde mental em situação de emergência: Covid-19. **debates em psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 2–11, 2020.

BITTENCOURT, R. N. Pandemia, isolamento social e colapso global. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 19, n. 221, p. 168–178, 28 mar. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/52827>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL et al. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios**. 1. ed. Brasília-DF: [s.n.], 2015. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Decreto nº 7508, Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Casa Civil**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 11 nov. 2021. , 2011

_____. **L13146. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Legislação em Saúde Mental - 1990-2004**. 5. ed. Brasília: [s.n.], 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: 2008. v. 1.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pactos pela Vida e de Gestão: Regulamento**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRASIL; Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS vol. 5 Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf >. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Portaria nº 3.088. 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 (SUS)**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Portaria nº 336. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BRITTO, I. A. G. de S. Sobre delírios e alucinações. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 6, n. 1, p. 61–71, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452004000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BROOKS, S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 14 mar. 2020. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S0140673620304608/fulltext>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Mental health care technologies:

Primary Care practices and processes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2101–2108, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/reben/a/ppXdx8LHmndvZKXyC3dbKdQ/?lang=en>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo em i nvestigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública** 30 (3), 1996. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rsp/a/Gn7VGm9Wkj3YhTBKb5DjmDs/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CARVALHO, S. de; WEIGERT, M. de A. B. e. **Sofrimento e Clausura no Brasil Contemporâneo: estudos críticos sobre fundamentos e alternativas às penas e medidas de segurança**. 1. ed. Florianópolis: 2016.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. 1. ed. Rio de Janeiro: 1978.

CECCIM, R. B. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, p. 1739–1749, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/icse/a/XRJVNnRHcqfsRXLZ7RMxCks/?lang=en>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CERVO, E. B. et al. Psicologia e Saúde em Debate. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 6, n. 2, p. 260–272, 26 out. 2020. Disponível em:

<<http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V6N2A17>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC**. Brasília-DF: 1999.

COSTA, M. V. da et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface -**

Comunicação, Saúde, Educação, v. 22, n. 1, p. 1507–1510, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/icse/a/FrQWDLv8Tk8bQYXcTCpc9GP/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma

psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.

Trab. educ. saúde, v. 18, n. 3, p. e00285117–e00285117, 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300509>.

Acesso em: 11 nov. 2021.

CUI, J.; LI, F.; SHI, Z. L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nature Reviews**

Microbiology 2018 17:3, v. 17, n. 3, p. 181–192, 10 dez. 2018. Disponível em:

<<https://www.nature.com/articles/s41579-018-0118-9>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. GRUPOS FOCALIS COMO ESTRATÉGIA

METODOLÓGICA EM PESQUISAS NA ENFERMAGEM Using focus groups as a

methodologic approach in nursing research. **R. gaúcha Enferm**, v. 20, n. 1, p. 5–25, 1999.

DEBUS, M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales**.

Washington: 1997.

DEL'OLMO, F. de S.; CERVI, T. M. D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana:

os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência (Florianópolis)**, v. 38, n. 77, p. 197–

220, 27 dez. 2017. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/seq/a/ZWCmZY7Mby855yPqRVzCWYD/abstract/?lang=pt>>. Acesso

em: 11 nov. 2021.

DELGADO, P. PL 3657/1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua

substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica

compulsória. 12 set. 1989. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>.

Acesso em: 11 nov. 2021.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho,**

Educação e Saúde, v. 17, n. 2, 6 maio 2019. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>>. Acesso em: 11

nov. 2021.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: 2000.

DUARTE, M. de Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio

Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3401–3411, 28 ago. 2020.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/ghSHWNYkP6gqJm4LQVhkB7g/?lang=pt>>.

Acesso em: 11 nov. 2021.

FERGUSON, N. M. et al. **of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand**. . Londres: 2020. Disponível em:

<<https://doi.org/10.25561/77482>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

FERREIRA, J. T. et al. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes, Rolim de Moura**, v. 4, n. 1, p. 72–86, 2016.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Educación médica y salud**, v. 11, n. 1, p. 152–169, 1977. Disponível em:

<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57285701/Foucault__M._Historia_de_la_medicalizacion-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1636672218&Signature=IkG3vfjFD0TR4OJ2B4ZNx2NguyocHa4GdJN0jrP~FYc2NuKgvo72Df88Z~I2DZg~Y5eSJGH6lygOMmlAhStuCK1-vEB1anAdPa1sSC3n8reKvbp8g>.

FOUCAULT, M.; MOTTA, M. B. da. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: 2008.

FRANCO, T.; MERHY, E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: [s.n.], 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: 1997.

GOULARTE, J. F. et al. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. **Journal of Psychiatric Research**, v. 132, n. 1, p. 32–37, 1 jan. 2021.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida: 2004.

HAMMOUTI, N. D. E. O movimento da análise institucional, o interacionismo e a etnografia. In: RIMA/FUNDAÇÃO ARAUCÁRIA (Org.). **Temas em análise Inst. e em construcionismo Soc.** São Carlos/Curitiba: 2002. p. 9–96.

HOLMES, E. A. et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **The lancet. Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 547–560, 1 jun.

2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32304649/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ILLINGWORTH, P.; CHELVANAYAGAM, S. The benefits of interprofessional education 10 years on. **British journal of nursing (Mark Allen Publishing)**, v. 26, n. 14, p. 813–818, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28745961/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

KHAN, S. et al. Coronaviruses disease 2019 (COVID-19): Causative agent, mental health concerns, and potential management options. **J Infect Public Health**, v. 13, n. 12, p. 1840–1844, 1 dez. 2020. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.010>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

KIRK, J. & MILLER, M. L. *Reability and validity in qualitative research*. Newbury Park, Sage Publications, 1986. (Qualitative Research Methods Series 1)

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 265–274, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csc/a/VbLqM64cWpJP7qHM7VjBf7s/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Direito à saúde: Discursos e práticas na construção do SUS**. 1. ed. 2009.

LAPASSADE, G.; LOURAU, R. **Chaves da sociologia**. Rio de Janeiro: 1972.

LERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 115–21, 2001. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/1700/1408>>.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 3, p. 290310, 25 nov. 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/physis/a/46y3mHF9kdx7DHQGHwpspdf/?lang=pt>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

LIU, Y. et al. Aerodynamic analysis of SARS-CoV-2 in two Wuhan hospitals. **Nature 2020 582:7813**, v. 582, n. 7813, p. 557–560, 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2271-3>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 3. ed. Petrópolis: 2014.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. V. **Metodologia científica**. São Paulo: 2004.

MATOS, H. J. de; MATOS, H. J. de. A próxima pandemia: estamos preparados? **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 9, n. 3, p. 9–11, set. 2018. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000300001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MEIER, M. J.; KUDLOWIEZ, S. Grupo focal: uma experiência singular. **Texto & contexto enferm**, v. 12, n. 3, p. 394–399, 2003.

MEIRELES, O. **Covid-19: na crise, Bolsonaro prioriza discurso econômico**. Disponível em: <<https://www.metropoles.com/jair-bolsonaro/covid-19-na-crise-bolsonaro-prioriza-discurso-economico>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MENDES, E. V. **AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**. 2. ed. Brasília-DF: 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 0. ed. São Paulo: 2014.

MIRANDA, P. O. de; SOUZA, O. F. de; FERREIRA, T. D. F. Avaliação da satisfação dos pacientes e familiares em um serviço de saúde mental na cidade de Rio Branco, Acre. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 4, p. 332–340, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/ZLLYfmTXw7vVFVWktjry4SQ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

MORENS, D. M.; FOLKERS, G. K.; FAUCI, A. S. What Is a Pandemic? **The Journal of Infectious Diseases**, v. 200, n. 7, p. 1018–1021, 1 out. 2009. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jid/article/200/7/1018/903237>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **ONU diz que medo não pode viralizar após pandemia de novo coronavírus | ONU News**. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707031>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PARK, S. C.; PARK, Y. C. Mental Health Care Measures in Response to the 2019 Novel Coronavirus Outbreak in Korea. **Psychiatry investigation**, v. 17, n. 2, p. 85–86, 1 fev. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32093458/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.

20, n. 56, p. 199–201, 1 jan. 2016. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYYZQVLHM/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4579–4589, 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/csc/a/JnBHtt8Q8NNHFHbVw5ww5mC/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: Métodos e técnicas**. São Paulo: 2010.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**, v. 5, n. 1, p. 156–181, 2014. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 11 nov. 2021.

RUBENS, C.; MARTINS, F. **Breves Anotações sobre a Resolução 03/20 do CONAD**.

Disponível em: <https://mpmt.mp.br/conteudo/58/88960/breves-annotacoes-sobre-a-resolucao-0320-do-conad?fbclid=IwAR0wWWFXt7v9PV_29TR76EBjq8YpXVthFy8b9Cw3PJFN_EpeV9b6tIFR2s>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SAIDON, O. **Práticas grupais**. 1983.

SAKAMOTO, L. **Coronavírus: Brasil é 2º lugar em mortos. Se invadirmos hospitais, chegaremos a 1º**. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/06/12/brasil-e-2-lugar-em-mortos-se-invadirmos-hospitais-chegaremos-a-1.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, n. 1, p. 1–19, 6 nov. 2020. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/tes/a/9ZyYcsQnkDzhZdTdHRtQttP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SCHMIDT, B.; CREPALDI, M. A.; BOLZE, S. D. A.; NEIVA-SILVA, L.; DEMENECH, L.M. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, n. e200063, p. 1–13, 18 maio 2020.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SELLTIZ, W. C. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: 2004.

SILVA, H. G. N.; SANTOS, L. E. S. dos; OLIVEIRA, A. K. S. de. Efeitos da pandemia do novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. **J. nurs. health**, v. 10, n. 4, p. 20104007–20104007, 15 maio 2020. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18677>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 799–817, 27 dez. 2011. Disponível em:

<https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677>. Acesso em: 11 nov. 2021.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 37–46, abr. 2004. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/DDzgcsqln8rmwCHNnGLvTZx/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

TUZZO, S. A.; MAINIERI, T. Pesquisa empírica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas: proposta metodológica e olhar sobre a prática de assessorias de Comunicação em Goiás. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, v. 34, n. 1, p. 233–252, 2011.

URIBE, G. **Veja quem são os 23 com coronavírus da comitiva de Bolsonaro que visitou os EUA - 23/03/2020 - Poder - Folha**. Disponível em:

<<https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/veja-quem-sao-os-23-infectados-da-comitiva-de-bolsonaro-em-visita-aos-eua.shtml>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

WANG, C. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 5, p. 1–25, 1 mar. 2020. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155789/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

WEIDE, J. N.; VICENTINI, E. C. C.; ARAUJO, M. F. de. **Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia**. . Campinas: 2020. Disponível em: <<https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2020/04/cartilha-enfrentamento-do-estresse.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1>. Acesso em: 11 nov. 2021.

_____. **Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement**. 1. ed. Geneva: World Health Organization, 1996. v. 1. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60630/WHO_MNH_MND_96.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 nov. 2021.

XIANG, Y. T. et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 228–229, 1 mar. 2020. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/article/S2215036620300468/fulltext>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ZANDIFAR, A.; BADRFAM, R. Iranian mental health during the COVID-19 epidemic. **Asian journal of psychiatry**, v. 51, n. 51, p. 1, 1 jun. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163908/>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ZHANG, C. et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, p. 1, 14 abr. 2020. Disponível em: <[pmc/articles/PMC7171048/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163908/)>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ZHANG, J. et al. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. **Precision Clinical Medicine**, v. 3, n. 1, p. 3–8, 25 mar. 2020. Disponível em: <[pmc/articles/PMC7107095/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32163908/)>. Acesso em: 11 nov. 2021.

ZIONI, F.; WESTPHAL, M. F. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 26–34, dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/YWMbHLBDS59Jktr48p6TDF/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 11 nov. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS PROFISSIONAIS

IDENTIFICAÇÃO

Nome (apenas iniciais):

Idade:

Sexo:

Formação/ escolaridade:

Cargo no CAPS:

Tipo de vínculo empregatício:

Conclusão da graduação (instituição/data):

Pós-graduação (curso/ano de conclusão/ instituição):

Cursos realizados na área de saúde mental:

Tempo de trabalho no CAPS:

Trabalhos anteriores e/ou atuais simultâneos:

APÊNDICE 2: ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Fale um pouco sobre sua rotina de trabalho na unidade durante o período da pandemia da COVID-19.
2. Nas suas palavras o que é saúde mental? E sofrimento mental/psíquico? E cuidado no território?
3. Você já ouviu falar sobre trabalho interprofissional? O que você sabe (mais) sobre isso? No seu entendimento qual é a finalidade/o objetivo do trabalho Interprofissional no CAPS? (Caso a resposta seja “Não”---- “TRABALHO INTERPROFISSIONAL – é um fazer colaborativo entre dois ou mais profissionais de diferentes formações que estimulam discussões e trocas sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É o trabalho em equipe, em conjunto. No qual, há a troca de saberes e práticas que possibilitam a ampliação do olhar e da clínica”....+ passar da questão nº3 para a questão nº4..... TRABALHO MULTIPROFISSIONAL – é quando existem diferentes profissionais atendendo o mesmo paciente/usuário de maneira independente)
4. Em quais situações do cotidiano de trabalho você percebe o trabalho interprofissional/ colaborativo/em parceria/em conjunto entre a equipe ou entre você com outro colega/profissional? Você poderia descrever/ dar algum exemplo?
5. Quais os pontos positivos / as facilidades você encontra no exercício do trabalho interprofissional aqui no CAPS? O que ele traz de dificuldades? O que você acha que poderia ser feito a respeito dessas dificuldades?
6. Quem faz o acolhimento aqui no CAPS? Como vocês estão recebendo / acolhendo as pessoas no contexto da pandemia? E como tem acontecido o acompanhamento dos usuários neste serviço (novos e os já vinculados/ativos) durante a pandemia?
7. Quais situações de sofrimento mental você tem atendido/lidado com mais frequência desde o início da pandemia (transtornos, crises, pensamento/ideação suicida e etc.)? Quais principais cuidados/ intervenções e orientações realizadas pela equipe?
8. Quando e como outros serviços são acionados agora, no contexto da pandemia? E antes da pandemia?

9. Você, por acaso, sabe como é constituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Cuiabá (dispositivos, serviços, parcerias, etc)? E nesta região, quais são os serviços e dispositivos da Rede mais próximos/ parceiros? Como você descreveria e avaliaria a articulação/ as parcerias/ o trabalho em conjunto? E o que mudou com a pandemia? Como você avaliaria estas mudanças?
10. O que acontece em situações em que o usuário não permanecerá em acompanhamento aqui no CAPS, por não ser “perfil”, ou por não identificação? Qual a conduta /atitude/ decisão da equipe e como esse processo ocorre?
11. O que mudou na sua prática profissional (especificamente) e na sua relação com outros profissionais durante a pandemia? O que você imagina que mudará e o que será mantido na prática e na interação com os outros profissionais quando a pandemia terminar?
12. Antes da pandemia, como aconteciam as trocas de conhecimentos e de experiências entre os profissionais da equipe deste CAPS? E durante a pandemia, como estas trocas se dão/ acontecem ou como se estabelece o diálogo entre vocês? Como você percebe estas mudanças (do ponto de vista positivo e do negativo)?
13. Na sua percepção, a pandemia trouxe alguma coisa de positiva ou facilidade em relação ao trabalho? Por outro lado, a pandemia trouxe algum ponto negativo ou dificuldade para o trabalho?
14. Você gostaria de acrescentar algo a mais dentro do que falado/conversado durante a entrevista ou tem algum ponto que não foi abordado e que você gostaria de falar sobre?
15. Na sua percepção, quais os impactos da pandemia na sua vida? Como você tem se sentido? Como está a sua rede de apoio? E quais as suas estratégias de cuidado?.

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL_COVID-19

Convidamos o (a) senhor (a) a participar da pesquisa “A interprofissionalidade e o cuidado em saúde mental” sob a responsabilidade da pesquisadora Larissa de Almeida Rezio.

A pesquisa tem por objetivo analisar o trabalho interprofissional no cuidado em saúde mental, buscando também descrever e discutir as repercussões da pandemia da COVID-19 para/ com o trabalhador e para cuidado/ trabalho interprofissional. Caso concorde, sua participação será por meio de entrevista, respostas a uma escala durante a entrevista, grupo de discussão e registro de percepções em diário que será lido e analisado. A pesquisadora e sua equipe (docente, alunos de graduação e pós-graduação) também poderão estar presentes na rotina do serviço. A entrevista será realizada individualmente em local privativo, no dia e horário escolhido pelo (a) senhor (a) o qual se sinta à vontade para se expressar livremente. Essa entrevista será realizada em seu local de trabalho, será gravada em um gravador de áudio e transcrita na íntegra, garantindo sigilo e anonimato. Somente depois deste processo, o material será analisado pelas pesquisadoras. O tempo estimado da entrevista será de 40 a 60 minutos e será norteada por um roteiro previamente elaborado com questões sobre seu trabalho/ cuidado em saúde mental. Caso necessário e o(a) Sr (a) concordar, poderemos marcar mais de uma entrevista.

Além das entrevistas, com aplicação de escala, serão agendadas, com anuência da equipe, sessões de discussão sobre o cuidado interprofissional em saúde mental e demais demandas, como por exemplo, sobre as repercussões da pandemia para o trabalhador e para o trabalho, conforme necessidades apontadas por você e seus colegas. Essas reuniões/ encontros também serão gravadas em gravador de áudio e transcritas garantindo o anonimato e sigilo. O senhor será ainda convidado a elaborar um diário onde escreverá livremente suas impressões, sentimentos, dúvidas e aprendizados, em que também garantimos anonimato e sigilo nestas informações.

Para tanto, o(a) senhor(a) ou seu (sua) representante legal deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor e valor e rubricar todas as suas páginas, assim como a pesquisadora responsável, que também assinará e fará a rubrica em todas as páginas. Uma das vias ficará em seu poder, para autorizar a gravação da entrevista e dos encontros nos quais o(a) senhor(a) participará de rodas de conversa em que estarão em pauta o trabalho em saúde e em saúde mental desenvolvido no serviço do qual faz parte.

Em caso de qualquer desconforto ou constrangimento o(a) senhor(a) terá total liberdade para ficar calado ou mesmo não participar da atividade proposta na roda de conversa. Não haverá remuneração ou prejuízo financeiro para o(a) senhor(a). Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá possibilidade de desistência sem que isso lhe cause dano ou prejuízo e terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, pesquisadora Larissa de Almeida Rézio, que pode ser encontrado(a) no Telefone: (65) 98111-2424 e email larissarezio@hotmail.com.

Existe risco baixo de constrangimento ao responder as questões on-line ou por formulário, ou mesmo de desconforto em expressar sua opinião para o pesquisador. Ao falar sobre as repercussões da pandemia da COVID-19 para seu trabalho, o (a) senhor (a) pode se emocionar ou ter algum desconforto emocional. Caso sinta os desconfortos citados ou qualquer outro, pedimos que o (a) senhor (a) fale diretamente para quem está o entrevistando, o (a) pesquisador (a) interromperá a entrevista, e buscará estratégias para amenizar ou aliviar tal desconforto, assumindo postura proativa. Se ocorrer o eventual risco e/ ou desconforto emocional, será ofertado durante a execução da coleta de dados do estudo, suporte emocional. Portanto, na presença de desconforto emocional/ psicológico, entre em contato com a pesquisadora que dará os devidos encaminhamentos sem ônus ao (a) senhor (a).

Assim que senhor(a) estiver se sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com a entrevista e/ ou da discussão em grupo, se desejar continuar em outro dia ou se deseja suspender sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Item IV.3-h da Resolução CNS 466/12; Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954; entre outras; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). O(a) senhor(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá nenhuma despesa/ custo financeiro. Não haverá pagamento de transporte pelo seu deslocamento para os dias da entrevista e para que o sr(a) não tenha gastos, sugerimos realizar as entrevistas durante a jornada de seu trabalho, em momento escolhido por você, sem interferir ou atrapalhar o seu trabalho. Os horários, data e locais dos encontros de discussão com os demais profissionais serão acordados entre e com o grupo, buscando também não interferir no trabalho e, por isso sugerimos que aconteça no horário da reunião de equipe. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade.

O benefício do estudo será primeiramente identificar demandas e/ou necessidades referentes ao cuidado/ trabalho interprofissional em saúde mental, bem como as repercussões da pandemia da COVID-19 para o trabalhador e cuidado/ trabalho interprofissional, para contribuir no enriquecimento do debate e formação em serviço contextualiza de acordo com as necessidades de cada contexto, possibilitando qualificação do cuidado em saúde mental ou, até mesmo, planejamento coletivo de novas ações/ intervenções/ projetos.

Os resultados do estudo serão divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas sempre com anonimato e sigilo das informações dos participantes. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar, o(a) senhor(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis por meio do telefone (65) 98111-2424 ou pelo e-mail larissarezio@hotmail.com e também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMT (CEP-Saúde) (65) 3615-8254 cujo funcionamento em dias úteis das 8h às 17h. Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue ao senhor(a). Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP-Saúde, que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por meio de manifestação expressa, livre e esclarecida, respeitando a Resolução CNS 466/12 e 510/2016. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

Larissa de Almeida Rezio

Pesquisadora responsável pela coordenação da pesquisa

Eu _____ aceito participar da pesquisa: A
interprofissionalidade e o cuidado em saúde mental.

Assinatura do participante

Cuiabá, _____ de _____ de 2020.

CURRÍCULO LATTES - 1

ALBERTO OLAVO ADVINCULA REIS.

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2335295597324821>
- Última atualização do currículo em 06/05/2016

Graduado em Psicologia - Universite de Paris VII - Universite Denis Diderot (1971), Mestre em Psicologia - Universite de Paris VII - Universite Denis Diderot (1977) e Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1993). Professor Livre Docente da Universidade de São Paulo. Coordenador do Grupo de Pesquisa LASAMEC - Laboratório de Saúde Mental Coletiva. O foco de sua linha de pesquisa são os estudos e as investigações sobre a Saúde Mental Coletiva com ênfase na criança, adolescente e jovens. Coordenador do NUPPSI - Núcleo de Psicopatologia, Políticas Públicas de Saúde Mental e Ações Comunicativas em Saúde Pública. Presidente do CDH - Centro de Estudos de Desenvolvimento do Ser Humano. Diretor do CORAL USP. Autor do romance Em Breve tudo será Mistério e Cinza ed. Cia das Letras,2013.

CURRÍCULO LATTES – 2

FELIPE AURELIANO MARTINS

- Endereço para acessar este CV: lattes.cnpq.br/0909377204430585
- Última atualização do currículo em 16/02/2021

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (2015). Membro da Associação Brasileira de Estudos Multidisciplinar sobre Drogas - ABRAMD. Cursou o programa de Atualização Profissional no Departamento de Psicobiologia UDED-DIMESAD / Universidade Federal de São Paulo (2017). Integrante do Laboratório de Saúde Mental Coletiva (LASAMEC). Atualmente é mestrando na Faculdade de Saúde Pública - FSP/USP. Atua como conselheiro executivo do Conselho Municipal de Drogas (COMUDA) no município de São Paulo-SP de 2016 a 2020, exercendo a função de conselheiro executivo desde Agosto de 2018. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva, Abuso de Substâncias Psicoativas - álcool e outras drogas, Vulnerabilidade Social, Direitos Humanos e Políticas Públicas. Possui em sua experiência profissional atuação como: Redutor de Danos, Técnico Socioeducativo em um dos hotéis sociais do extinto Programa São Paulo de "Braços Abertos" (o DBA) e Psicólogo em CAPS-AD III na cidade de São Paulo-SP. Atualmente é bolsista/pesquisador CNPq (DTI-B).