



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Elena de Souza Machado

**Entre o registro e a denúncia:
práticas nos CAPS durante a pandemia de COVID-19**

Rio de Janeiro

2023

Elena de Souza Machado

**Entre o registro e a denúncia:
práticas nos CAPS durante a pandemia de COVID-19**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

M149 Machado, Elena de Souza.
Entre o registro e a denúncia: práticas nos CAPS durante a pandemia
de COVID-19 / Elena de Souza Machado. – 2023.
106 f.

Orientador: Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Prática de Saúde Pública.
3. Distanciamento físico. 4. Reabilitação psiquiátrica. 5. Covid-19.
6. Sistema Único de Saúde. 7. Política de Saúde. I. Silva, Martinho
Braga Batista e. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto
de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 616.89

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Elena de Souza Machado

Entre o registro e a denúncia: práticas nos CAPS durante a pandemia de COVID-19

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 29 de novembro de 2023.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva (Orientador)

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rossano Cabral Lima

Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Rafael Mendonça Dias

Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2023

A todos aqueles cujas vidas foram injustamente perdidas ou prejudicadas por um tempo tão obscuro como os que vivemos a partir de 2020.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à CAPES pelo financiamento e pela possibilidade de realização da pesquisa num período em que a ciência e a universidade foram tão postas em xeque;

Ao meu orientador, Martinho, pelo apoio e pela didática tão afiada quanto potencializadora;

Ao IMS e à UERJ por serem verdadeiras égides do conhecimento e da produção historicamente localizada;

À minha família, meu pai Edir, meu irmão Diogo e minha cunhada Thaís por acreditarem no meu potencial e me darem as condições subjetivas para que eu pudesse viver de acordo com os meus ideais. Minha querida mãe, Dalva Helena, que não se encontra mais conosco, mas me deu seu nome, empenho e força para seguir em frente;

Aos meus amigos e verdadeiros amores nessa aventura que é viver: Joanna, Amanda, Caio, Henrique, Letícia, Daniel, Paulo, Leonardo, Luiza, Isabella, Ana Laura e tantos outros que insistem em se fazer presentes e próximos;

Que grata surpresa foi ter encontrado pessoas tão queridas na minha turma. Dandara, Vanessa, Gisele, Giovana, Mayara e todos os demais colegas que tornaram o mestrado em modelo remoto um pouco menos afastado, mais possível e afetado;

À minha gatinha, minha companheira Luna, que entre miados, bigodes perdidos, pelos nos livros e afagos se fez co-autora desta dissertação.

A lista é longa e talvez infundável. Inúmeras circunstâncias e pessoas me trouxeram ao ato de pesquisar e a elas sou enormemente grata.

Precisamos de corpos fechados ao projeto domesticador do domínio colonial, que não sejam nem adequados nem contidos para o consumo e para a morte em vida. Precisamos de outras vozes, políticas porque poéticas, musicadas; da sabedoria dos mestres das academias, mas também das ruas e das suas artimanhas de produtores de encantarias no precário.

Luiz Antônio Simas

RESUMO

MACHADO, Elena de Souza. *Entre o registro e a denúncia: práticas nos CAPS durante a pandemia de COVID-19*. 2023. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A pandemia colocou em questão a lógica da atenção psicossocial, que tem em seu cerne a proximidade e o contato presencial. O distanciamento social se tornou uma realidade imposta, com efeito direto na manutenção dos vínculos terapêuticos e no acesso aos cuidados necessários. O medo do contágio pelo coronavírus, aliado à dificuldade de acesso aos transportes públicos e a premissa do distanciamento reduziram o contato dos usuários com os serviços de saúde, que passavam por um processo de readequação e reestruturação para atender aos desafios impostos pela nova realidade sanitária. Este trabalho investigou as práticas de cuidado desenvolvidas nos CAPS durante o período da pandemia da COVID-19 a partir de relatos de experiência produzidos entre 2020 e 2022, de forma a acessar, reunir e sistematizar os registros disponíveis em periódicos online neste formato; identificar se as recomendações de isolamento domiciliar e distanciamento social aparecem como obstáculo ao exercício do cuidado em liberdade no território e verificar quais estratégias de vinculação dos usuários ao serviço são acionadas pelos CAPS. Os relatos foram coletados a partir da pesquisa em diferentes bancos de dados. A amostra inicial contemplou 415 trabalhos que posteriormente foram reduzidos a 23. Os critérios de inclusão para a pesquisa abrangem estudos do tipo relato de experiência de 2020 a 2022 e que abordem questões relacionadas aos CAPS. Foram excluídos estudos anteriores a 2020 ou posteriores a 2022, resumos ou descrições que não continham informações suficientes para análise e textos que não tenham a pandemia de COVID-19 ou CAPS como questão central. As orientações sanitárias da OMS destacam a importância do distanciamento físico, não social. No que se refere ao efeito específico dessa recomendação na rotina dos CAPS, observa-se que algumas atividades presenciais foram interrompidas, enquanto outras foram mantidas. As práticas envolveram promoção, prevenção e recuperação da saúde mental, apontando para formas de cuidado de modo remoto, que ao mesmo tempo visam prevenir agravos e doenças e proteger os usuários durante a crise sanitária. Além disso, essas práticas de cuidado podem ser consideradas tecnologias leve-duras, já que apontam para saberes que indicam a necessidade de manutenção dos vínculos para sustentar a relação terapêutica. Ao mesmo tempo, os relatos escancaram a negligência advinda da política negacionista do país diante da pandemia, com o fechamento de serviços, aumento da procura por leitos hospitalares e também o não fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPIs). O modelo biomédico hospitalocêntrico se mostra insuficiente para enfrentar a crise em suas distintas esferas, evidenciando a importância de um sistema universal que articule tecnologias leves de cuidado num arranjo mais eficaz e construído a partir das demandas levantadas por usuários, grupos e demais atores da vida social no território. Conclui-se a importância das tecnologias leves e leve-duras no cuidado em saúde mental e a importância de uma resposta à pandemia articulada com os territórios e em relação.

Palavras-chave: Centro de Atenção Psicossocial. Relato de Experiência. Pandemia. Covid-19.

Práticas de cuidado.

ABSTRACT

MACHADO, Elena de Souza. *Between Recording and Denunciation: practices in CAPS during the COVID-19 pandemic*. 2023. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The pandemic has called into question the logic of psychosocial care, which is fundamentally based on proximity and in-person contact. Social distancing has become an imposed reality, with a direct impact on the maintenance of therapeutic bonds and access to necessary care. Fear of COVID-19 transmission, coupled with difficulties in accessing public transportation and the premise of distancing, has reduced users' contact with healthcare services, which were undergoing a process of adaptation and restructuring to meet the challenges posed by the new health reality. This study investigated care practices developed in CAPS (Psychosocial Care Centers) during the COVID-19 pandemic period based on experience reports produced between 2020 and 2022, with the aim of accessing, gathering, and systematizing the records available online in this format; identifying whether recommendations for home isolation and social distancing are seen as obstacles to the exercise of care in the community and examining which strategies CAPS employ to connect users to the service. The reports were collected through research in different databases. The initial sample included 415 papers, which were subsequently reduced to 23. Inclusion criteria for the research encompass experiential reports from 2020 to 2022 that address issues related to CAPS. Studies prior to 2020 or after 2022, abstracts or descriptions lacking sufficient information for analysis, and texts not centrally focused on the COVID-19 pandemic or CAPS were excluded. WHO health guidelines emphasize the importance of physical distancing, not social distancing. Concerning the specific effect of this recommendation on CAPS routines, it is observed that some in-person activities were halted, while others were maintained. The practices involved promoting, preventing, and recovering mental health, pointing towards remote care methods aimed at both preventing health issues and protecting users during the health crisis. Additionally, these care practices can be considered as soft-hard technologies, as they indicate the need to maintain connections to sustain therapeutic relationships. Simultaneously, the reports expose the negligence resulting from the country's denialist policy in the face of the pandemic, leading to service closures, increased demand for hospital beds, and the lack of personal protective equipment (PPE). The hospital-centered biomedical model proves inadequate in addressing the crisis on various fronts, underscoring the importance of a universal system that integrates soft care technologies into a more effective framework constructed based on the demands raised by users, groups, and other actors in the social realm within the community. The reports underscore the importance of soft and soft-hard technologies in mental health care and the importance of a community-oriented and territorially connected response to the pandemic.

Keywords: Psychosocial Care Center. Experience Report. Pandemics. COVID-19. Mental care practices.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de inclusão e exclusão.....	59
Quadro 2	Descritores e resultados.....	59
Quadro 3	Relação entre tipo de CAPS e UF/município.....	90
Quadro 4	Alteração de funcionamento.....	93
Quadro 5	Estratégias de manutenção de vínculo.....	95
Quadro 6	Difusão de práticas de prevenção ao COVID.....	97
Quadro 7	Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço.....	99
Quadro 8	Articulação (redes de referência/contrarreferência)	101
Quadro 9	Qualis.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
AT	Acompanhamento Terapêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	PANORAMA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL	18
1.1	Reformas Psiquiátricas e o contexto reformista brasileiro	18
1.2	Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial	22
1.3	2017-2023: da agenda da Contrarreforma à pandemia de COVID-19	24
1.4	A pandemia e seus legados	28
2	AS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA	35
2.1	Sobre o confinamento como estratégia de saúde e o isolamento como tratamento moral	41
2.2	Território, tecnologias leves e cuidados de proximidade	45
3	OS RELATOS DE EXPERIÊNCIA	54
3.1	Escolha da amostra	58
3.2	Resultados	61
3.2.1	<u>Alteração de funcionamento</u>	63
3.2.2	<u>Estratégias de manutenção de vínculo</u>	64
3.2.3	<u>Difusão de práticas de prevenção ao COVID</u>	66
3.2.4	<u>Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço</u>	67
3.2.5	<u>Articulação/redes de referência e contrarreferência</u>	68
3.2.6	<u>Triagem</u>	69
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	76
	APÊNDICE A – Cronologia da pandemia	82
	APÊNDICE B – Glossário da pandemia	86
	APÊNDICE C – Quadros	90

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial desempenham um papel fundamental na Rede de Atenção Psicossocial, são serviços extra-hospitalares de atenção diária e base territorial, cujo objetivo é o desenvolvimento de um processo de cuidado pautado na liberdade e com participação direta dos usuários. À luz das normativas governamentais e recomendações sanitárias durante a pandemia de COVID-19, esta investigação busca se debruçar sobre os relatos de experiência do funcionamento dos CAPS produzidos entre os anos de 2020 e 2022.

A Rede de Atenção Psicossocial é um arranjo institucional que se dedica à organização, expansão e coordenação dos serviços de saúde destinados a pessoas em sofrimento ou portadoras transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Um dos objetivos principais da RAPS é promover a integração dos diversos pontos de atenção à saúde no território, melhorando o cuidado por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às situações de urgência. A Portaria 3.088/2011 prevê sete componentes na organização da RAPS: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Cada componente reúne diferentes pontos de atenção, entre eles o CAPS, ligado à atenção psicossocial especializada.

A articulação intersetorial e a atuação no território representam a abordagem oferecida pela atenção psicossocial às demandas de saúde mental. A estrutura de cuidados em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde é um desdobramento direto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que ganhou força a partir das reivindicações dos trabalhadores dos hospitais psiquiátricos no final dos anos 1970 e logo passou a incluir também o protagonismo dos usuários e seus familiares, alinhando-se com as demandas do processo de redemocratização do Brasil e a necessidade de adotar novas práticas de saúde em todo o país. A promulgação da Constituição de 1988 e o movimento antimanicomial deram início a experiências pioneiras de assistência em saúde mental baseadas no cuidado em liberdade, na desospitalização e na colaboração com os serviços de atenção primária à saúde.

Durante os meus dois anos de estágio curricular obrigatório no curso de psicologia da Universidade Federal Fluminense, em Volta Redonda-RJ, circulei por dois espaços da RAPS: um hospital geral e um CAPS, o primeiro com ala de internação psiquiátrica e uma urgência e emergência psiquiátrica numa cidade que não dispõe de CAPS III e o segundo de tipo II. Estive por nove meses na atenção hospitalar e um ano na atenção psicossocial, período que deveria ter se estendido a um ano e três meses, mas que foi abruptamente interrompido pela chegada da

pandemia de COVID-19 ao Brasil e pela suspensão de todas as atividades não obrigatórias nos serviços - no caso, a presença de estagiários.

Minha saída foi sucedida pela finalização de minha graduação de forma remota. No meu último dia em campo, a recomendação do CAPS foi pungente: suspensão de todas as atividades não obrigatórias, funcionamento dos serviços em regime de plantão com equipe mínima, manutenção de forma presencial apenas dos atendimentos individuais, dispensação de medicamentos acelerada para evitar possíveis crises e suspensão das atividades grupais e de convivência. Neste dia, finalizei a evolução dos meus prontuários e de forma repentina se encerrava a minha subjetividade-estagiária. A subjetividade-estagiária, que marca o meu período em campo na RAPS, paulatinamente foi substituída pela subjetividade-psicóloga, que hoje também é psicóloga-pesquisadora.

Demarco, aqui, então, a posição de quem fala de outrora estagiária, hoje psicóloga-pesquisadora, com um grande envolvimento com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial como marco teórico e posição ética. Posição esta que se estende aos saberes ampliados que compõem a Saúde Coletiva, num movimento de produção transdisciplinar e que norteia minha pesquisa e minha escrita, desde a escolha do objeto até a escolha dos procedimentos metodológicos aqui adotados.

Este estudo tem como objetivo geral a investigação das práticas de cuidado adotadas nos CAPS durante o período da pandemia de COVID-19, com base nos relatos de experiência publicados entre 2020 e 2022 em revistas científicas. Os objetivos específicos compreendem: 1) acessar, coletar e sistematizar os registros disponíveis online na forma de relatos de experiência relacionados às práticas em saúde mental durante a pandemia de COVID-19; 2) avaliar se as recomendações de isolamento domiciliar e distanciamento social representaram obstáculos para a realização do cuidado em liberdade no território e 3) identificar quais estratégias de vinculação dos usuários ao serviço são acionadas pelos CAPS.

Estamos tratando, portanto, de um tema de grande relevância, com vasta produção acadêmica e de impacto direto na vida das pessoas. Longe de tentar dar conta de uma lacuna nos estudos ou de elaborar uma revisão sobre as produções, busca-se entendê-las como produções localizadas, que dizem de determinada perspectiva (a dos trabalhadores dos CAPS) e determinado momento político-social (o período compreendido entre 2020 e 2022).

Portanto, objetiva-se entender como os relatos de experiência dizem acerca do campo e de que maneira as suas conclusões podem ser objeto de construção de outro tipo de saber, dessa vez ancorado ao reconhecimento de uma emergência em saúde, o registro acerca das práticas

adotadas nesse determinado período. Por fim, compreender como elas conjecturam determinadas acepções e materialidades.

As crises institucionais no campo da saúde mental se iniciaram em 2015 e se intensificaram em 2016, com a nomeação de um representante dos interesses ligados aos hospitais psiquiátricos para o cargo mais elevado na gestão das políticas de saúde mental, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, algo que não ocorria há aproximadamente 20 anos: Valencius Wurch, ex-diretor do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, episódio que mobilizou intensamente o campo da saúde mental com manifestações sob o lema "Fora Valencius" em todo o país, frequentemente associadas aos protestos "Abraça RAPS". Em resposta, a Associação Brasileira de Psiquiatria fez alegações de que a política de saúde mental é excessivamente ideológica e carente de embasamento científico, acusando a política de saúde mental vigente de ser uma política capsêntrica, numa falsa equivalência entre atenção hospitalar e atenção psicossocial como pólos extremos de um aparato de serviços. O cerne da reforma tem como objetivo a criação de serviços substitutivos ao manicômio de modo descentralizado, com o estabelecimento de redes de cuidado ancoradas na cidadania e na liberdade, onde a noção de território desempenha um papel fundamental.

Há um conflito de interesses na área da saúde mental, com investimentos em ambulatorios, hospitais psiquiátricos e hospitais-dia. Essa disputa reflete interesses antagônicos: de um lado, a chamada indústria da loucura e da doença, que adota uma perspectiva mercadológica e conta com o forte apoio de associações médicas; e, por outro lado, o movimento da luta antimanicomial. O movimento Fora Valencius conseguiu retirá-lo do cargo, mas os ataques legislativos continuaram, com a aprovação da portaria 3.588 (BRASIL, 2017) que alterou a RAPS e apresentou o aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral, passando de 15% para 20%, e exigia ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral como condicionante para recebimento de recursos de custeio, que na prática se convertia em estímulo às internações.

Ainda no âmbito legislativo, em 2018 foi formada a Formação da Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica cujo objetivo era a proposição de uma nova política de saúde mental, seguida pela aprovação do Decreto 9761 e da Nota Técnica 11/2019 no ano de 2019, redirecionado a política de tratamento de uso abusivo de álcool e outras drogas novamente ao paradigma da abstinência, na contramão da abordagem da redução de danos defendida pelo movimento antimanicomial.

Os anos seguintes não seriam tranquilos. A emergência da pandemia de COVID-19 foi marcada pela adoção de uma política negacionista pelo Ministério da Saúde, priorizando o tratamento precoce, comprovadamente ineficaz, em detrimento do isolamento domiciliar, travando uma verdadeira briga contra a ciência e a saúde. Durante o governo de Jair Bolsonaro, o Brasil teve quatro ministros da Saúde: Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcelo Queiroga. Mandetta e Teich, que defendiam medidas baseadas em evidências científicas, deixaram o cargo por discordarem das políticas do presidente. Por outro lado, a gestão de Pazuello, um general do exército, foi marcada por alinhamento ao presidente Bolsonaro e por críticas à sua condução da política sanitária contra a covid-19. Durante sua gestão, houve promoção de curas ineficazes, como a cloroquina, e o registro de vacinação de Bolsonaro contra a Covid-19, de 19 de julho de 2021, foi considerado falso. Marcelo Queiroga assumiu o ministério após a saída de Pazuello.

A vitória eleitoral de Luís Inácio Lula da Silva em 2022 e a nomeação de Nísia Trindade, presidente da Fiocruz, para a pasta do Ministério da Saúde parecem apontar para um novo caminho institucional para a saúde brasileira após anos de negacionismo científico. Está prevista para a 2023 a V Conferência Nacional de Saúde Mental, presidida por Sonia Barros, Coordenadora Nacional de Saúde Mental em exercício desde o primeiro semestre de 2023, marcando a importância das conferências na efetivação da política. Sua tônica é a da participação popular, com discussões e avaliações dos avanços no campo e com a complexidade das questões que se atualizam com o tempo. A primeira conferência (I CNSM) aconteceu no ano de 1987 e suas sucessoras se deram em 1992, 2001 e 2010 (DESINSTITUTE, 2023).

Os relatos de experiência publicados em periódicos científicos são a via de acesso ao campo em questão neste trabalho. A seleção de relatos de experiência de trabalhadores de CAPS disponíveis em publicações acadêmicas on-line encontra respaldo no reconhecimento da validade dessa categoria de produção para as Ciências Humanas em Saúde, sendo uma das modalidades de trabalho utilizadas pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva em seus congressos desde 2018 pelo menos, bem como responde à transformação significativa que a pandemia impôs à maneira como as interações sociais e profissionais acontecem. As restrições à mobilidade e o distanciamento social tornaram o acesso ao campo de pesquisa de saúde desafiador ou, em alguns casos, impossível. Nesse contexto, o ambiente digital se tornou uma ferramenta crucial para o acesso ao campo da saúde, refletindo tanto uma mudança no campo do conhecimento, como num contexto mais global mais amplo em que o isolamento domiciliar e o distanciamento físico se faziam imperativos para evitar o adoecimento. A escolha dos relatos se baseia numa adaptação necessária em um contexto outrora pandêmico, na importância

crescente do ambiente digital e na riqueza de informações e perspectivas que esses relatos podem oferecer aos pesquisadores. Eles se mostram como uma escolha sólida e relevante para compreender o campo da saúde em tempos desafiadores.

Aliar tal panorama histórico às formas atuais de organização dos serviços e de sua resposta à pandemia pode ser um grande auxiliar de leitura sobre as práticas que serão investigadas neste trabalho. Alguns questionamentos podem ser levantados: quais foram as práticas predominantes para lidar com pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em atendimento na RAPS e nos CAPS durante a pandemia da COVID-19? E em que medida ainda cabe falar nos efeitos do paradigma psiquiátrico do isolamento num período que demanda distanciamento social e num serviço de cuidado em liberdade?

Este trabalho se divide em três capítulos. No primeiro é desenhado o panorama da saúde mental brasileira, seguido pela contextualização das reformas psiquiátricas no Brasil, destacando a mudança na abordagem do tratamento de saúde mental até a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e como os Centros de Atenção Psicossociais são pensados e implementados a partir de tais normativas. O período entre 2017 e 2023 é abordado a partir da emergência da agenda contrarreformista que questionou a efetividade da reforma psiquiátrica e propôs retrocessos nas políticas de saúde mental. Por fim, explora-se os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental no Brasil, os desafios que impôs ao SUS e à RAPS, o aumento da demanda por serviços e a necessidade de adaptação a novas circunstâncias, bem como seus legados e como ela influenciou a agenda de políticas nesse domínio.

O segundo capítulo fornece uma análise abrangente do papel das disciplinas de Ciências Humanas e Sociais durante a pandemia de COVID-19 a partir de duas frentes. Primeiramente, o exame da estratégia de confinamento adotada para conter a disseminação do vírus a partir do reconhecimento do isolamento não apenas como uma medida de saúde, mas também como um fenômeno que carrega implicações morais e psicossociais; e a exploração da importância do território como um elemento fundamental nas respostas à pandemia, com destaque ao papel das chamadas tecnologias leves na promoção de cuidados de proximidade, noções que vão de encontro às recomendações de que as medidas mais efetivas de mitigação do vírus são as medidas não-farmacológicas.

O terceiro e último capítulo fornece uma análise detalhada dos relatos de experiência desta amostra, com a discussão do processo de seleção da amostra de que serviu como base para a análise, suas considerações e os critérios utilizados para a escolha dos relatos examinados. É composto por seções que descrevem as principais conclusões a partir de 6

categorias de análise: “alteração de funcionamento”, “estratégias de manutenção de vínculo”, “difusão de práticas de prevenção ao COVID”, “manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço”, “articulação/redes de referência e contrarreferência” e “triagem”.

1 PANORAMA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

1.1 Reformas Psiquiátricas e o contexto reformista brasileiro

As experiências de violência e exclusão vividas durante a Segunda Guerra Mundial levaram a uma profunda reflexão sobre a abordagem da psiquiatria em relação ao sofrimento mental. Os hospitais psiquiátricos muitas vezes foram comparados aos campos de concentração devido à privação de liberdade e ao desrespeito aos direitos humanos. Ao longo do século XX, movimentos de reforma psiquiátrica ganharam destaque em diferentes partes do mundo, colocando em questão a efetividade das práticas psiquiátricas diante de seu alto nível de cronificação e restrição de liberdade, sem eficácia na cura ou na reintegração social (AMARANTE, 2001).

As formulações oriundas desses movimentos se organizavam de distintas formas, mais ou menos radicais, criticando o modelo centrado no hospital psiquiátrico e reafirmando a necessidade de abordagens mais humanizadas e comunitárias, sem que isso necessariamente significasse, no entanto, pautar uma mudança paradigmática no interior do campo. As experiências da Psicoterapia Institucional francesa e das Comunidades Terapêuticas da Inglaterra e Estados Unidos preconizavam reformas no interior da instituição psiquiátrica sem questioná-la e sem visar a sua superação, assim como a Psiquiatria de Setor na França e a Psiquiatria Preventiva (ou Comunitária) estadunidense enfatizavam a importância da comunidade, mas ainda colocavam o hospital psiquiátrico como parte do tratamento (AMARANTE, 2001).

Inauguram-se novas categorias dentro do debate sobre a doença mental: a saúde mental como objeto, a prevenção do adoecimento mental como objetivo, a comunidade como espaço de tratamento e as equipes comunitárias como agentes a partir de uma concepção biopsicossocial. Esse é o terreno fértil para o desenvolvimento para o que mais à frente será chamado de desinstitucionalização, conceituada como conjunto de medidas de desospitalização, que surge no bojo da experiência preventiva estadunidense. A desinstitucionalização será o ponto crucial da Reforma Italiana que, junto à Antipsiquiatria Inglesa, questionam o próprio dispositivo médico-psiquiátrico, suas instituições e o conceito de doença mental, inaugurando novos saberes e conduzindo a uma análise histórica e crítica das relações sociais com o sofrimento psíquico e a diferença (AMARANTE, 2001).

É relevante ressaltar a influência significativa da experiência de Trieste, ao norte da Itália, como referência para as reformas psiquiátricas em todo o mundo. Franco Basaglia, cujo

nome foi atribuído à lei 180 que abolia os hospitais psiquiátricos na Itália em 1978, visitou o Brasil em 1979 e inspecionou hospitais psiquiátricos em Minas Gerais (NICÁCIO, 2002). A influência da experiência de Trieste, aliada à presença de Basaglia, que testemunhou as violações nos hospitais psiquiátricos brasileiros, as quais também estavam sendo denunciadas por profissionais e atores envolvidos na área da saúde mental, desempenharam um papel fundamental na mobilização por uma transformação significativa do cenário da saúde mental no Brasil.

Tratamos, portanto, de um movimento de diálogo e cooperação entre os contextos internacionais e nacionais, com forte mobilização política e popular. A organização sobre o cuidado em saúde mental no âmbito do SUS é fruto direto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, movimento que ganhou corpo a partir das reivindicações sobre as condições de trabalho dos trabalhadores dos manicômios no final dos anos 1970. O movimento se estendeu para o protagonismo também dos usuários e familiares atendidos pelos serviços, segmentos da sociedade que lutavam por conquistas sociais durante o processo de redemocratização do país pós ditadura militar (BRASIL, 2005).

Amarante (2009) relata a reação no Brasil às condições de vida e trabalho nas instituições psiquiátricas a partir do final da década de 1970, quando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se organizou. Esses profissionais denunciaram a situação precária de trabalho e as violências nas instituições de saúde mental, incluindo agressões, estupros, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. Diversos profissionais e setores da sociedade se uniram em defesa de uma reforma psiquiátrica, clamando por mudanças e melhorias no cuidado e na oferta de serviços. Na década de 1980, após conferências nacionais de saúde mental, surgiu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), influenciado pelo projeto basagliano, que defendia a desinstitucionalização como proposta (AMARANTE, 2009). A desinstitucionalização não se resume à desospitalização, mas busca uma desconstrução epistemológica do saber médico psiquiátrico e do seu poder causador de violências e exclusão que opera através do manicômio. O objetivo da desinstitucionalização é desmontar o sistema hospitalar, visando à efetivação da cidadania (AMARANTE, 1996).

O contexto da redemocratização do país fortaleceu o debate público para a necessidade de implementação de novas práticas de saúde a nível nacional, pautando a garantia de uma saúde pública, universal e gratuita e o redirecionamento do modelo assistencial. A promulgação da Constituição de 1988 instituiu o SUS e, com o forte apelo do movimento antimanicomial, iniciam-se as primeiras experiências de assistência em saúde mental guiadas pelo cuidado em

liberdade, pela desospitalização e pela articulação com os serviços de atenção primária em saúde.

conectados às lutas sanitárias pelo direito à saúde, os enfrentamentos no campo da psiquiatria representam parte desta batalha setorial, expressando, contudo, um plano mais amplo de transformação da sociedade, que os transbordava. O projeto de reforma psiquiátrica, que se delineia naqueles anos como programa do movimento contra os manicômios, inscreve-se como parte daquele conjunto de reformas democráticas e populares (ALBRECHT, 2022, p.4)

O SUS é o grande marco de reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil. A organização da assistência passa, então, a ser pautada pela distribuição dos serviços de forma a produzir intervenções sobre o território. A Reforma Psiquiátrica possui uma trajetória singular, concomitante ao período da Reforma Sanitária Brasileira, e inserida tanto numa mobilização internacional de busca pela superação da violência asilar e extrapola a simples sanção de novas leis e normas ou mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde, quanto num movimento de debate e reconstrução da saúde como um todo no território nacional¹. Ela representa uma transformação mais ampla acerca do trato com a loucura, seus significados e inserção no corpo social (BRASIL, 2005).

A RPB é um processo político e social complexo, que envolve diversos atores, instituições e forças de diferentes origens, de impacto por territórios variados, abrangendo governos federal, estadual e municipal, universidades, mercado de serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais e seus familiares, movimentos sociais, além do território do imaginário social e da opinião pública. O protagonismo de diversos atores, especialmente dos usuários dos serviços seus familiares, é ponto central dessa articulação (BRASIL, 2005). Trata-se das instituições, dos serviços de saúde e das relações interpessoais, do enfrentamento de desafios e lidar com impasses, tensões e conflitos.

O Manifesto de Bauru, lançado em 1987 durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, é um marco na história importante, refletindo o espírito da época, reunindo movimentos e segmentos sociais que lutavam por direitos em prol das populações mais excluídas no contexto brasileiro sob o mote “Por uma sociedade sem manicômios”, sintetizando ideais e aspirações desses movimentos e fortalecendo a base para a luta por uma abordagem inclusiva para a saúde mental brasileira.

¹ A RSB compreende o período da segunda metade dos anos 1970. Esse momento tem como marcos a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 e a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) em 1979 (PAIVA & TEIXEIRA, 2014) e tem origem em mobilizações da sociedade civil, sobretudo movimentos sociais de combate à ditadura e luta pela “redemocratização da saúde, do Estado, da sociedade e da cultura” (PAIM, 2018, p.212).

manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (MANIFESTO DE BAURU, 1987)

A Reforma foi efetivamente integrada às políticas de saúde mental através de uma robusta estrutura jurídica e legislativa, juntamente com diretrizes e regulamentos que permitiram sua implementação gradual, graças ao comprometimento de gestores com o movimento antimanicomial. Houve uma redução substancial no número de leitos psiquiátricos tradicionais, bem como é nítida a inserção dos princípios reformistas predominantes no campo da saúde mental à formação dos profissionais de saúde mental. (ALBRECHT, 2022).

Trabalhamos, portanto, com duas perspectivas que se alinham. Primeiramente, a de Amarante (2001) acerca da Reforma como processo social complexo, composto por quatro dimensões: teórico-conceitual, concernente aos saberes em saúde; técnico assistencial, relativa aos serviços de saúde mental; jurídico-política, sobre legislações e jurisprudências e sociocultural, relativa ao lugar social da loucura; e a de Bezerra Jr. (2007), que abrange as dimensões clínica e política desse processo, de diminuição do sofrimento psíquico e ao mesmo tempo ampliação das possibilidades de existência no tecido social.

As mobilizações iniciadas em 1979 só vieram a ter um marco legal e instituinte da Reforma em 2001, com a promulgação da Lei Paulo Delgado (10.216), que estabelece como objetivo a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a reformulação do modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Essas normativas marcaram uma mudança significativa ao substituírem a lógica hospitalar por um enfoque em cuidados comunitários, o que possibilitou a criação e expansão da rede de atenção psicossocial, regulamentada em 2001 pela Portaria 3.088 seguindo os princípios da desinstitucionalização. A organização dos serviços em rede visa superar o modelo hospitalocêntrico de atendimento, que se caracteriza por uma abordagem concentrada no hospital, na figura do médico e no tratamento da doença em detrimento do indivíduo como um todo.

A Reforma Psiquiátrica e a criação da RAPS buscam promover uma atenção integralizada, com foco no sujeito em sua totalidade, inserido na comunidade, e com o objetivo de evitar a segregação e a fragmentação do cuidado. Essas iniciativas representam avanços importantes para o tratamento e a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais no país.

1.2 Rede de Atenção Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial organiza-se a partir da criação, ampliação e articulação de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Seus objetivos gerais são ampliar o acesso geral à atenção psicossocial, tornando os serviços mais acessíveis à população, facilitar o acesso das pessoas que sofrem de transtornos mentais e aqueles que precisam de assistência devido ao uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas, bem como suas famílias, aos pontos de atendimento especializados e garantir uma articulação eficiente e integração entre os diversos pontos de atenção em saúde no território, visando um cuidado que inclua acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção a situações de urgência (BRASIL, 2011).

Seus objetivos específicos consistem na promoção de cuidado a grupos mais vulneráveis (crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua e populações indígenas), implementar ações de prevenção do consumo e da dependência de álcool e outras drogas, ao mesmo tempo em que se busca reduzir os danos associados ao consumo dessas substâncias, promover a reabilitação e a reinserção social de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, facilitando seu acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, a fim de promover sua autonomia e qualidade de vida, desenvolver e disponibilizar informações claras sobre os direitos das pessoas, medidas de prevenção, cuidados e os serviços disponíveis, visando conscientizar a população sobre a importância da saúde mental e facilitar o acesso aos serviços adequados. No âmbito do trabalho, também se estipula como objetivo regular organizar as demandas e os fluxos assistenciais de forma a otimizar a oferta de serviços e garantir uma assistência integrada e eficiente, e monitorar e avaliar a qualidade dos serviços prestados na área de saúde mental por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção, buscando constantemente aprimorar os cuidados oferecidos à população (BRASIL, 2011).

A rede é formada por sete componentes que trabalham de forma integrada para oferecer cuidados e assistência em saúde mental, sendo eles: Atenção Básica em Saúde, composta por Unidades Básicas de Saúde e equipes de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua, Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência); Atenção Psicossocial Especializada, onde se localizam Centros de Atenção Psicossocial em suas diversas modalidades; Atenção de Urgência e Emergência, com o SAMU, Sala de Estabilização, UPA e as portas hospitalares de atenção à

urgência/pronto socorro; Atenção Residencial de Caráter Transitório, que compreende a Unidade de Acolhimento e as Comunidades Terapêuticas, oferecendo cuidados temporários para pessoas em processo de reabilitação; Atenção Hospitalar, incluindo enfermaria especializada em Hospital Geral e o serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Estratégias de Desinstitucionalização, onde se encontram os Serviços Residenciais Terapêuticos e, por fim, Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Os CAPS são serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, de atenção diária e base territorial, cujo objetivo é o desenvolvimento de um processo de cuidado pautado na liberdade e com participação direta dos usuários. São compostos por equipe multiprofissional que atua de forma interdisciplinar, proporcionando atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aquelas que enfrentam necessidades relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, trabalhando em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo no território. O cuidado é organizado por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS), elaborado em conjunto pela equipe, o usuário e sua família e com a responsabilidade pela coordenação atribuída ao próprio CAPS ou à Atenção Básica, garantindo um processo contínuo de gestão e acompanhamento longitudinal do caso. As atividades são conduzidas principalmente em espaços coletivos, com grupos terapêuticos, oficinas, assembleias de usuários de equipe, estreitando o vínculo entre usuários e trabalhadores (BRASIL, 2011).

A articulação intersetorial e no território é a resposta de excelência ofertada pela atenção psicossocial às demandas de saúde mental. No âmbito da RAPS, essa forma de trabalho se organiza conforme uma noção de saúde ampliada, que prioriza o sujeito em sua singularidade e coloca a doença mental entre parênteses, e seus preceitos são também seus maiores desafios: privilegiar ações de solidariedade, cidadania, respeito e preservação da vida, bem como o protagonismo dos usuários (CRUZ et al., 2020).

As diferentes modalidades de CAPS são estrategicamente organizadas para abranger as distintas necessidades oriundas do adoecimento psíquico e do território onde se inserem os serviços. O CAPS I abrange pessoas de todas as idades com transtornos mentais graves e persistentes, bem como aquelas que necessitam de cuidados relacionados ao uso abusivo de substâncias como crack, álcool e outras drogas; é indicada para municípios com população acima de 20 mil habitantes. O CAPS II, por sua vez, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e pode, de acordo com a organização da rede de saúde local, atender também aqueles com necessidades ligadas ao uso de drogas. Esta modalidade é destinada a

municípios com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS III atende a municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes, com a oferta de atendimento contínuo, funcionando durante 24h por dia, inclusive em feriados e finais de semana. O CAPS III presta retaguarda clínica e acolhimento noturno para outros serviços de saúde mental, incluindo o CAPS AD (BRASIL, 2011).

O CAPS AD (Álcool e Drogas) é responsável pelo atendimento a adultos, crianças e adolescentes, respeitando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, que apresentam necessidades decorrentes do uso de drogas, como crack e álcool. É um serviço de caráter comunitário e aberto, destinado a municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. Já o CAPS AD III é serviço que conta com até doze leitos para observação e monitoramento, operando 24h por dia, incluindo feriados e finais de semana, em regime de atendimentos tanto adultos como crianças e adolescentes, seguindo as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, em municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes. Por fim, temos o CAPSi (Infantil), que foca no atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, assim como aqueles que fazem uso de drogas, como crack e álcool. É um serviço aberto e comunitário, recomendado para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes (BRASIL, 2011).

Os CAPS são desenhados e propostos na portaria 3.088/2011 e regulamentados pela portaria 336/2002. A Lei 10.216/2001 marcou um movimento de forte expansão dos CAPS pelo território brasileiro. Em 2002, havia 424 CAPS implantados no país, ao final de 2019 esse número saltou para 2.669 (BRASIL, 2020). Os serviços são reconhecidos como os principais articuladores da saúde mental especializada, sendo definidos como:

lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. 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, 2015, p.10)

1.3 2017-2023: da agenda da Contrarreforma à pandemia de COVID-19

Estabelecido o marco do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental em 1979 como início da RPB, passaram-se mais de 40 anos e muitos desafios ainda se presentificam. Promover a integração entre os CAPS e os demais pontos de atenção que compõem a rede de saúde dos

municípios, além de outros setores da vida cidadã, objetivando a integralidade e a continuidade do cuidado, de forma a evitar o encapsulamento² dos serviços substitutivos e promover a qualidade de vida são alguns dos desafios ainda presentes no cotidiano dos serviços e uma das características mais sensíveis sobre o funcionamento dos CAPS. O encapsulamento do usuário diz de sua institucionalização, ou seja, de uma relação de dependência do usuário com o serviço em questão ao ponto em que sua circulação e bem-estar se restringem ao próprio CAPS, na contramão da criação de um processo de autonomia, o que tem como efeito “a reagudização dos quadros clínicos e a internação por falta de cuidado adequado (...) feitos que conduzem as ações do serviço em direção contrária aos cuidados sob a égide da desinstitucionalização” (LEÃO & BATISTA, 2020, p.4). Ainda há fortes resquícios manicomiais nas práticas exercidas pelos CAPS, o que não é de se estranhar uma vez que a Reforma é um processo vivo, ainda em curso e que não se encerra, e o manicômio não é somente a instituição, mas uma lógica que permeia as ações em saúde como um todo.

Apontar a persistência de determinadas ações dentro dos serviços e nomeá-las como rastros de uma lógica hospitalocêntrica e individualista ainda é colocar a Reforma como horizonte de cuidado. O que começou a se desenhar no Brasil a partir de 2017, no entanto, extrapola os limites das problemáticas cotidianas e da implementação do que é preconizado pela lei 10.216/2001 e portarias 3.088/2011 e 130/2012. Não se trata, portanto, apenas de dificuldades das ações de desinstitucionalização e que são próprias do processo, mas do que foi nomeado Movimento de Contrarreforma³ Psiquiátrica (LIMA, 2019). A portaria 3.588/2017 altera a anterior, 3.088/2011, e reposiciona os manicômios dentro dos pontos de atenção da rede, enquanto a nota técnica 11/2019 e a lei 13.840/2019 colocam a abstinência como estratégia de acolhimento central e fazem oposição frontal às políticas anteriores que preconizavam a redução de danos como diretriz de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. A lógica manicomial voltou à cena, dessa vez não apenas a nível técnico-assistencial, mas também em sua dimensão jurídico-política, seguindo as dimensões utilizadas por Amarante (2004). Com a mudança da presidência da República e o retorno de um nome a favor do legado

² Termo cunhado para caracterizar a restrição do cuidado em saúde unicamente ao ambiente do CAPS (Lancetti & Amarante, 2006).

³ A utilização dos termos "retrocesso" e "contrarreforma" ganha relevância devido aos critérios éticos e políticos que destacam as discrepâncias entre as novas propostas e o paradigma da atenção psicossocial no contexto da disputa em voga na saúde mental entre a abordagem hospitalocêntrica medicalizante do paradigma psiquiátrico e o paradigma psicossocial. Essa perspectiva amplia a discussão além de considerações puramente técnicas, sublinhando a importância dos componentes éticos e políticos envolvidos (PASSARINHO, 2022).

das reformas Sanitária e Psiquiátrica, a ministra Nísia Trindade revogou portaria 3.588/2017 em 21 de junho de 2023:

a nova reestruturação seguirá com o reordenamento da legislação de saúde mental, com o objetivo de interromper a habilitação de serviços não alinhados ao modelo da rede de atenção em saúde mental, sem dimensionamento populacional. A revogação ocorrerá sem interrupção de custeio, sem descredenciamento de serviços e sem provocar diminuição da assistência em saúde mental. O órgão informou, ainda, que haverá a constituição de grupos de trabalho temáticos que abordem novas demandas de saúde mental com a finalidade de criar legislação que atenda a estas demandas. (DESINSTITUTE, 2023)

Partindo do pressuposto de que a manutenção do modelo da atenção psicossocial se configura como uma afirmação dos preceitos antimanicomiais, falar sobre os ataques legislativos e políticos a esse modelo é imperativo numa investigação que pretende se debruçar o manejo da saúde mental como questão pública na pandemia de COVID-19 a partir da leitura de práticas realizadas nos CAPS. Tendo em mente, também, a política negacionista adotada pelo Governo Federal no combate à pandemia a nível nacional, com trocas na direção e liderança do Ministério da Saúde sem que houvesse uma diretiva nacional de proteção à população, recomendação de práticas comprovadamente ineficazes sob a égide de “tratamento precoce” sem o devido investimento na Atenção Primária e o atraso na compra de vacinas, desenha-se um cenário político complicado, acompanhado do aprofundamento das desigualdades sociais com os fortes impactos sociais e econômicos característicos de períodos de desastres em saúde. Não se deve deixar de mencionar as milhares de mortes que poderiam ter sido evitadas a partir do alinhamento dos órgãos responsáveis com as descobertas científicas em curso, numa rapidez inédita, e do respeito às medidas sanitárias recomendadas pelos organismos internacionais.

A produção científica também cumpre um papel de registro histórico e de memória e esta dissertação, defendida em 2023 e em produção desde o meu ingresso no mestrado em 2021, cursando disciplinas, participando de eventos, até, enfim, a sua qualificação em 2022 e presente defesa, é parte crucial da produção de registros sobre a pandemia. Enquanto elaborava meu objeto e o que viria a ser efetivamente o meu trabalho de pesquisa, presenciei o decorrer da pandemia, as datas que bateram recordes em números de mortes, reabertura precoce do setor de serviços, o turbulento processo de aquisição e distribuição de vacinas para a população, a imunização geral e o fim da pandemia. O fim da COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional foi decretado no dia 5 de maio de 2023 (OPAS, 2023).

A importação de elementos da extrema direita global à retórica do governo federal teve como efeito a produção de desconfiança por parte da população nas instituições (GOMIDE, SILVA & LEOPOLDI, 2023). Redução e enfraquecimento dos mecanismos de participação social, ameaças ao Supremo Tribunal Federal, a postura de culpabilização dos estados em relação à pandemia na contramão de uma política de hierarquização centrada no Ministério da Saúde são alguns dos efeitos deletérios do governo em questão e, conseqüentemente, da gestão da pandemia e do legado que ela deixa em termos de organização e gestão dos serviços que ainda serão recolhidos por muitos anos.

As mudanças das políticas a nível institucional podem ocorrer de distintas formas: pela substituição de uma política pela outra, pela sobreposição de novos objetivos e instrumentos aos já existentes, pela manutenção da política como a mesma, mas alterando sua interpretação e implementação ou pelo redirecionamento de seus objetivos (GOMIDE, SILVA & LEOPOLDI, 2023). Depreende-se, no entanto, que o desmonte ou desmantelamento acontece a partir da “redução, diminuição ou remoção de objetivos, instrumentos ou capacidades administrativas existentes sem substituição” (GOMIDE, SILVA & LEOPOLDI, 2023, p.22), sendo a não substituição a sua característica fundamental, ou seja: uma redução em seus objetivos e da robustez dos instrumentos utilizados, diminuindo sua capacidade de implementação. O desmonte pode ocorrer a partir de uma postura mais ativa ou velada por parte dos atores envolvidos. A partir do que temos notícia, das falas sobre a COVID ser uma “gripezinha”, a instabilidade política dos Ministérios com sua ação deliberadamente descoordenada de gestão da pandemia, de seus primórdios até a parca distribuição de vacinas, parece estarmos diante de um caso de negligência aberta e direcionada determinadas camadas da sociedade - pobres, negros, mulheres, pessoas acometidas por adoecimentos no geral.

Tendo em vista que as medidas mais eficazes de mitigação do vírus são o isolamento domiciliar, o distanciamento físico e a restrição de contato, aqui entram em questão as dificuldades que a pandemia da COVID-19 impõe ao cuidado em saúde mental, sobretudo considerando que a RAPS é composta de pontos de atenção que visam a inserção – e não a exclusão - social e operam por meio de práticas coletivas, não individualizantes. Embora a atenção psicossocial no território não aconteça exclusivamente nos CAPS, esse ponto de atenção da RAPS ocupa um lugar central na oferta de cuidado em saúde mental, de maneira que optamos por focalizar exclusivamente esse equipamento no estudo sobre as práticas desenvolvidas ao longo da pandemia de COVID-19.

O desmonte de políticas públicas envolve a redução, diminuição ou remoção de metas, instrumentos e capacidades administrativas para implementá-las (GOMIDE, SILVA & LEOPOLDI, 2023). O impeachment, também entendido como golpe institucional, da presidenta Dilma Rousseff, a implementação da Lei do Teto de Gastos limitando os gastos em educação e saúde e as transformações de políticas que vão na contramão do acúmulo e do fortalecimento das políticas federais em curso desde a redemocratização do país são o cenário mais crítico da cena brasileira em que este estudo se insere. Além disso, a eleição de Jair Bolsonaro em 2018, presidente caracterizado por uma retórica antissistema, práticas políticas violentas e uma orientação programática de desconstrução da ordem liberal-democrática e das políticas de bem-estar social instituídas pela Constituição de 1988, reforça e agrava o cenário de retrocesso (GOMIDE, SILVA & LEOPOLDI, 2023) deixado para o governo de Luís Inácio Lula da Silva em sua terceira gestão.

1.4 A pandemia e seus legados

A COVID-19 foi declarada como emergência de saúde pública de interesse internacional em 30 de janeiro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Iniciou-se, então, uma corrida global para o fornecimento de insumos e fortalecimento dos sistemas de saúde para enfrentar o vírus. Os primeiros esforços, ainda num momento de pouco conhecimento sobre o vírus, voltavam-se para a expansão de leitos e enfermarias de tratamento intensivo. De início, a resposta à pandemia foi predominantemente hospitalar.

Com o crescimento do número de casos, internações e mortes, também se fazia urgente a discussão sobre as particularidades de grupos socialmente vulneráveis e mais expostos ao risco de contaminação por estarem em condições precárias de vida. Em setembro de 2022 o Brasil era a segunda maior nação em número de mortes pelo vírus e a terceira em quantidade de casos, além de ter sido considerado o pior do mundo na gestão da pandemia e o pior da América Latina segundo seus habitantes (OMS, 2022).

Ainda segundo a OMS (2022), a mortalidade pandêmica vai além dos contaminados pelo vírus e se mostra também em pessoas com dificuldades mentais, financeiras ou físicas, bem como nas pessoas indiretamente afetadas pela pandemia - aquelas cujas condições de vida se degradaram pelo contexto de crise vigente. O grupo de risco não se restringe apenas às pessoas idosas e/ou com comorbidades, já que as pessoas mais vulneráveis aos impactos da

pandemia são as que se encontram em situação de violação de direitos em seu cotidiano, em condições precárias de vida e existência.

O Relatório do Grupo Técnico de Saúde da Comissão de Transição Governamental 2022 constatou que o Brasil viveu uma crise sanitária de extrema gravidade (BRASIL, 2022). Os dados de dezembro de 2022 mostravam que o número de óbitos pela Covid-19 havia chegado a 700 mil, o equivalente a 11% das mortes no mundo. A pandemia intensificou o agravamento das condições de saúde do país, que antes de 2016 viviam um processo de redução de desigualdades entre grupos populacionais. O ano de 2016 marca o início de uma série de “retrocessos institucionais, orçamentários e normativos que promoveram o desmonte de políticas do MS e que afetaram o funcionamento de diversas áreas do SUS” (BRASIL, 2022, p.5) onde configurou-se um cenário de perda da autoridade sanitária nacional e do enfraquecimento do Ministério da Saúde como coordenador e articulador de políticas nacionais tais como o Programa Nacional de Imunizações, Mais Médicos, Farmácia Popular, IST-Aids, bem como o funcionamento e articulação das redes assistenciais como Atenção Básica, Saúde Mental/Atenção Psicossocial, Saúde da Mulher, Urgência e Emergência, etc. Além disso, os indicadores de saúde vêm sofrendo uma queda significativa, expressa na

redução da taxa de coberturas vacinais, com altíssimo risco de reintrodução de doenças como a poliomielite; queda acentuada de consultas, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS, na atenção básica, especializada e hospitalar, atrasando o início do tratamento de doenças crônicas, como cânceres e doenças cardiovasculares, entre outros; retorno de registro de internações por desnutrição infantil provocados pela fome; estagnação na trajetória de queda da mortalidade infantil e aumento de mortes maternas (passou de 54.8 para 107.2 por 100 mil nascidos vivos entre 2019 e 2021) (BRASIL, 2022, p.4)

“Resgatar a autoridade sanitária e a capacidade técnica do MS para coordenação nacional, tripartite e participativa, da gestão do SUS” (BRASIL, 2022, p.6) é a medida prioritária para que as demais atribuições do MS possam ser efetivadas, dentre elas, a urgência do fortalecimento da capacidade de resposta do país à Covid-19 e outras Emergências de Saúde Pública, bem como ações visando a recuperação de esferas como a Saúde Mental e a adoção de uma diretriz antirracista na política nacional de saúde do país.

Com relação às sugestões de atos a serem revogados, a análise de decretos e portarias emitidos pelo MS identifica um conjunto significativo de retrocessos normativos na resposta à Pandemia da Covid-19, na Atenção Primária, na Saúde Mental, na Saúde da Mulher e na atenção especializada (BRASIL, 2022). No que diz respeito à estrutura organizacional do ministério, as principais sugestões resolutivas incluem a criação de uma Secretaria de Informação e Saúde Digital. A análise do desmonte ocorrido no país em políticas, programas e

ações do Ministério da Saúde mostra o impacto negativo no funcionamento do SUS e a piora generalizada na situação de saúde no país, com maior impacto sobre as populações vulnerabilizadas (BRASIL, 2022).

No que diz respeito à gestão, observa-se uma grave deterioração da capacidade de coordenação e gestão devido à perda de autoridade sanitária e ao desmantelamento de áreas técnicas no Ministério da Saúde, bem como a substituição do federalismo de cooperação pelo confronto, prejudicando o processo de regionalização do sistema de saúde e dificultando a implementação de políticas de saúde (BRASIL, 2022). Outro ponto preocupante foi o enfraquecimento das políticas públicas intersetoriais, fundamentais para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde⁴ no país. Essa fragilização prejudica a abordagem de questões de saúde além do âmbito estritamente médico, dificultando o enfrentamento de fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde da população (BRASIL, 2022).

O negacionismo, a falta de coordenação nacional na resposta à pandemia e a insuficiência e imprecisão de dados como testagem, hospitalizações, óbitos e incidência de Covid prolongada tiveram um impacto grave na capacidade de resposta à emergência sanitária. A adoção de estratégias de comunicação pública baseadas em desinformação, disseminação de fake news e desmobilização da sociedade em relação à vacinação também contribuíram para a deterioração da situação. Outro ponto crítico foi a recusa do governo federal em apoiar estados e municípios na implementação de medidas não farmacológicas para enfrentar a pandemia, gerando uma falta de cooperação e dificultando a adoção de ações efetivas no combate à propagação do vírus (BRASIL, 2022).

No campo da vigilância em saúde e resposta a emergências em saúde pública, a fragilização dos mecanismos de resposta a emergências sanitárias deixou o país mais vulnerável diante de crises de impacto global e desastres naturais causados pelas mudanças climáticas. A desestruturação da Força Nacional de Saúde e uma redução na capacidade de resposta a catástrofes tornaram o país menos preparado para lidar com eventos de grande magnitude e colocaram em risco a segurança sanitária da população (BRASIL, 2022).

Os impactos da pandemia se constituem para além dos diretamente relacionados ao vírus e à doença, sendo também os que recaem sobre a saúde mental e atenção psicossocial. Constitui-se um triplo desafio: o de prevenir aumento dos impactos na saúde mental, de proteger pessoas com transtornos mentais da COVID e impactos relacionados e promover cuidado aos

⁴ Os determinantes sociais da saúde são “fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (...) condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” (BUSS & FILHO, 2007, p.78)

profissionais de saúde e cuidadores, de modo a garantir sua proteção e permitir que possam cuidar dos outros. Mitigar os danos psicológicos em massa no enfrentamento da pandemia, bem como em futuras situações de emergências e desastres em saúde pública é a tarefa primordial levantada logo nos primeiros sinais do tamanho da emergência que se delimita em 2020 (PIZZINATO et al., 2020).

A COVID foi reconhecida como estado de calamidade pública no Brasil em 20 de março de 2020. A OMS considera a saúde mental parte da resposta emergencial de saúde pública no manejo da pandemia, com uma estimativa do ano de 2020 mostrando que entre um terço e metade da população exposta poderia sofrer alguma manifestação psicopatológica caso não houvesse intervenções específicas de cuidado para as reações e sintomas. A magnitude da epidemia e o grau de vulnerabilidade são os fatores que influenciam o impacto psicossocial e, em sua maioria, as reações são tidas como normais diante de uma anormalidade e não como doenças. Há uma série de reações listadas como de provável ocorrência, sobretudo as de medo: de adoecimento, de perda de pessoas ou de meio de subsistência, processos de exclusão e separação, falta de suporte financeiro, transmissão do vírus, bem como sensações de impotência, irritabilidade, angústia e tristeza que se intensificam em caso de isolamento. Entre essa miríade de prováveis reações e sintomas, recomenda-se a busca de profissionais de saúde mental e atenção psicossocial em caso de sofrimento intenso, complicações associadas e sintomas persistentes (PIZZINATO et al., 2020).

As sugestões de enfrentamento da pandemia advindas da Fiocruz (2020) e OMS (2020) desenham ações de cuidado divididas conforme seu momento de ocorrência, divididas em fases. Na primeira fase de resposta, devem visar não cronificar reações e sintomas considerados normais, os cuidados devem ser compartilhados por diferentes campos de atuação em saúde e as respostas não devem ser medicalizadas ou tratadas como caso psiquiátrico, de forma a priorizar a escuta responsável sobre o sofrimento que se apresenta (PIZZINATO et al., 2020).

Estima-se que toda a população do país sofre impacto psicossocial em diferentes níveis de intensidade e gravidade com a pandemia, mesmo que tais problemas psicossociais em questão sejam considerados “normais”, pode haver um aumento da incidência de transtornos psíquicos segundo “a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase de resposta à pandemia” (BRASIL, 2020, p.2). Recomenda-se a inclusão de ações em níveis de apoio complementares integrados segundo uma pirâmide, na qual encontram-se no topo os serviços especializados seguidos de apoios específicos não especificados (ambos na seara da assistência em saúde, respectivamente,

atenção especializada e atenção básica), fortalecimento de apoios comunitários e familiares e considerações sociais em serviços básicos e seguranças (PIZZINATO et al., 2020).

Dessa forma, constituem-se estratégias de acordo com as fases (“antes”, “durante” e “depois”) da pandemia, escalonando complexidades e produzindo um plano que desemboque no fortalecimento comunitário e intersetorial e no monitoramento e avaliação das lições aprendidas com as ações de emergência em saúde. O plano leva em conta a disposição de serviços de atenção psicossocial e saúde mental (on-line ou presencial) nos CAPS e demais dispositivos da rede onde os usuários já possuam vínculo e onde também possam ser acolhidas novas situações de crise, levando em conta a atenção também aos familiares e acompanhantes. Dessa forma, as iniciativas visam um plano que não foque apenas no impacto traumático da COVID-19, mas que seja amplo e capaz de “dimensionar a população e suas formas solidárias e participativas de enfrentamento” (PIZZINATO et al, 2020, p.34), com objetivo fundamental de caráter preventivo, de rápida avaliação das necessidades psicossociais e das situações de maior vulnerabilidade, com a participação de diversos atores sociais e sustentabilidade das ações, tendo como consequência o fortalecimento dos serviços existentes e melhoria da atenção psicossocial do país (PIZZINATO et al., 2020).

A quebra da cadeia de infecção pelo vírus é fundamental na gestão da pandemia e requer a separação entre indivíduos saudáveis e doentes. Isso pode ser alcançado por meio de medidas de separação física, como isolamento, quarentena e distanciamento social. O isolamento refere-se à separação de indivíduos infectados ou com sintomas da doença dos indivíduos saudáveis; a quarentena, por sua vez, envolve separar e restringir a movimentação de pessoas expostas a situações de contágio, enquanto o distanciamento social consiste em reduzir o contato e aumentar a distância física entre as pessoas para diminuir a velocidade de contágio. É importante respeitar o distanciamento social mesmo quando não há sintomas aparentes ou pertencimento a grupos de risco (PIZZINATO et al., 2020).

Essas medidas têm o propósito de conter a disseminação da infecção, no entanto, é prudente avaliar as possíveis consequências psicológicas dessas medidas e propor estratégias de promoção da saúde mental e atenção psicossocial a curto, médio e longo prazo. As políticas públicas adotadas pelos governos têm um impacto direto na saúde mental das pessoas, e o Estado deve garantir parte dos cuidados necessários por meio de políticas públicas que respondam à situação de emergência (PIZZINATO et al., 2020).

Estabelecer confiança nos protocolos e orientações das autoridades sanitárias é uma grande aliada no início da resposta a uma pandemia, aumentando a efetividade das medidas. A transmissão de informações claras e suficientes à população é fundamental para favorecer a

compreensão sobre a doença, as formas de prevenção e a importância do isolamento e do distanciamento social, mesmo que essas medidas sejam desagradáveis para quem as vivencia (PIZZINATO et al., 2020).

O distanciamento social pode levar à sensação de isolamento social, emocional e privação de liberdade devido à diminuição das interações face a face. A rápida mudança nos modos de vida habituais pode desencadear reações de estresse, ansiedade e depressão. Em alguns casos, essa condição pode amplificar a exposição a situações de violência, dificultando a denúncia e a atuação dos órgãos responsáveis (PIZZINATO et al., 2020).

É importante adotar estratégias de enfrentamento precocemente para se adequar à realidade do distanciamento social. As reações psicológicas esperadas nesse tipo de evento podem ser agravadas com o aumento do tempo necessário de distanciamento social. No entanto, o estresse e o medo, quando gerenciados adequadamente, desempenham um papel importante na manutenção da vida e do foco nas atividades. Identificar recursos internos utilizados anteriormente com sucesso é fundamental para um desfecho favorável em termos de saúde mental (PIZZINATO et al., 2020).

A COVID-19, como outras doenças que acometem grandes populações, não é uma doença democrática. O vírus resalta as profundas desigualdades que já existem na população brasileira, tendo maiores taxas de contágio e de letalidade em territórios e populações com condições históricas e sociais de falta de acesso à saúde. Populações e territórios urbanos periféricos, negros e indígenas foram as maiores vítimas da doença em função da falta de política pensada a partir das urgências e especificidades de cada território (PATERNIANI, 2022).

O isolamento domiciliar foi uma possibilidade para as camadas médias e altas da sociedade. Do outro lado, temos empregos que não possibilitam trabalho remoto, os transportes públicos constantemente lotados, a falta de acesso a equipamentos de proteção individual (EPIs) adequados, bem como o grande quantitativo de trabalhadores de entregas e motoristas de aplicativos, a baixa quantidade de leitos hospitalares disponíveis, bem como a demora dos tempos da consulta - o que agrava quadros que poderiam ser resolvidos facilmente com a detecção prévia da infecção.

Em tempos de desmonte do SUS, é importante falar de ações de fortalecimento de redes de solidariedade nos territórios, que articulam “experiências e formas de cuidado e tradições e organizações de luta” (PATERNIANI, 2022, p.3), uma vez que esses agentes populares de saúde dão pistas de uma organização que tem muito a ensinar aos serviços de saúde e de práticas que podem/poderiam ser agregadas aos equipamentos. Falar de saúde no território é falar de

redes, e trabalhar com redes é trabalhar extrapolando os muros dos serviços - ideais consonantes com os trazidos pela atenção psicossocial e pela Reforma Psiquiátrica.

O “escalonamento de vulnerabilidades” (PATERNIANI, 2022, p.8) adotado pelo governo federal consistia na priorização de idosos, pessoas com comorbidades e trabalhadores de serviços tidos como essenciais. “Essa estratégia de vacinação nos diz sobre o funcionamento do Estado, a todo tempo criando populações geríveis e legíveis via categorias de trabalhadores” (p.8) e para a criação de uma elegibilidade, há quem precise ficar de fora. Nesse caso, foram milhões de trabalhadores de trânsito diário e constante, como caixas e motoristas, que não encontravam vez na prioridade de vacinação:

O conjunto desses dados revela-nos que, se a COVID-19 tem na sua alta transmissibilidade um dos motivos de sua alta letalidade, a qualidade de atendimento médico e o acesso à saúde tornam-se dois dos fatores que amenizam o número de mortes. Embora a COVID-19 tenha chegado ao Brasil de avião, pelos bairros elitizados e corpos brancos, em regiões mais brancas e com mais infraestrutura, o percentual de mortes é menor do que na periferia negra.

O mesmo segue para a saúde mental. Como falar em saúde mental quando o contexto de assistência à saúde é tão desigual? E, diante de tal cenário, o que coube aos CAPS enquanto estratégia de território, sendo o território ambivalente e marcado por maiores taxas de letalidade e adoecimento, mas também de potência inventiva e de solidariedade?

2 AS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

A COVID-19 é marcada pela ocorrência simultânea e difusa de muitos surtos, mas que se diferem em intensidade, qualidade e forma de agravo. A pandemia não é universal e homogênea, é influenciada por condições socioeconômicas, culturais, ambientais e individuais. Não basta apenas identificar o vírus e compreender sua disseminação, é necessário estabelecer padrões e entender sua mecânica biológica e transmissibilidade (MATTA et al., 2021).

Uma crítica comum à abordagem da pandemia é que ela é vista como um evento que individualiza as pessoas, sem considerar suas circunstâncias sociais. As populações são simplificadas em quatro categorias principais: "susceptíveis", "infectados", "sobreviventes" e "mortos" (CARRARA, 2020). No entanto, para ter uma compreensão mais completa, é crucial levar em conta outros fatores sociais, como raça, gênero, classe social, sexualidade, localização geográfica e dinâmica socioeconômica. A análise e intervenção nos fenômenos resultantes da disseminação do vírus devem ir além do simples controle e identificação. Elas devem envolver diferentes contextos, espaços e linguagens, especialmente em situações de desigualdade na saúde pública..

As ciências sociais desempenham um papel crucial nesse cenário, representando trajetórias históricas e epistemológicas diversas. Os desafios são não apenas sanitários, mas também socioeconômicos, políticos, culturais e éticos, agravados pelas desigualdades estruturais e iniquidades entre países, regiões e populações. O conceito de sindemia e a necessidade de pensar a catástrofe humanitária da pandemia de forma situada e participativa são destacados (MATTA et al., 2021).

As ciências sociais e humanidades são fundamentais para lidar com os complexos problemas de saúde das populações. Grupos populacionais vulneráveis requerem atenção especial, devido à exposição a iniquidades e fatores de risco à saúde e ao desenvolvimento integral. A saúde mental desses grupos no contexto da COVID-19 e a atenção psicossocial dedicada a eles são importantes (MATTA et al., 2021).

Considerar os diversos contextos em que a pandemia se desenvolve e como as informações circulam é crucial. O discurso científico é incorporado nas conversas cotidianas, mas a identificação de notícias verdadeiras e informativas tornou-se desafiadora. A velocidade do fenômeno tem sido uma preocupação desde o início da pandemia, com a urgência em evidenciar sua gravidade e oferecer respostas adequadas (MATTA et al., 2021).

Constitui-se um espaço de experimentação, quase laboratorial, no qual se encontram diferentes processos de sociabilização, trabalho, educação, tratamentos médicos e vacinas. No

Brasil, as interações do vírus revelaram uma complexidade e interdependência, analisando as relações internacionais, processos de globalização, negacionismo científico, arena política, iniquidades sociais e raciais, sistemas de saúde e complexo produtivo da saúde (MATTA et al., 2021).

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi detectado em 26 de fevereiro de 2020, após a viagem de um homem de 61 anos da Itália para São Paulo. A primeira morte confirmada ocorreu em 12 de março, de uma mulher de 57 anos internada em um hospital de São Paulo. Em 18 de março, a Câmara dos Deputados aprovou o estado de calamidade pública, permitindo maiores gastos no combate à pandemia (MATTA et al., 2021).

O dia 7 de agosto de 2020 foi a marca dos 100 mil óbitos por Covid-19 no Brasil, uma média de mais de mil mortes por dia. Junto a esse número alarmante, a postura do Ministério da Saúde foi a de reforço do “tratamento precoce”, referindo-se a práticas comprovadamente ineficazes (à época, a recomendação do uso da hidroxicloroquina) e sem a devida atenção ao papel da atenção primária, dos agentes comunitários de saúde e da articulação com os demais níveis de atenção a fim de produzir uma política integral e coordenada de enfrentamento da situação, que se direcionava a seu pior momento (MATTA et al., 2021).

A troca de ministros da Saúde durante a pandemia gerou incerteza quanto à resposta à crise. A tese da imunidade de rebanho foi posta à prova, em detrimento das recomendações da OMS, foi amplamente veiculada, colocando a economia acima da saúde. A falta de ação dos governos e a falta de liderança coordenada levaram à responsabilidade dos governadores e prefeitos no enfrentamento da emergência (MATTA et al., 2021).

Num primeiro momento, o SUS foi capaz de detectar e responder aos primeiros casos de Covid-19 no país, seguindo as recomendações da OMS. No entanto, a descentralização do sistema, embora essencial, necessita de coordenação nacional e Brasil não foi capaz de aproveitar plenamente os recursos do seu sistema público de saúde e as vantagens estratégicas de seu princípio de descentralização, que foi utilizado às avessas, de forma a responsabilizar os estados e municípios pela resposta às demandas sem que houvesse a necessária coordenação nacional a nível de gestão (MATTA et al., 2021).

A falta de coordenação nacional refletiu as contradições do pacto federativo pela saúde e os conflitos na descentralização e municipalização do sistema de saúde. Tornou-se evidente a importância de reconhecer a estreita relação entre política e saúde pública e a necessidade de um amplo pacto nacional para enfrentar essa crise sanitária e humanitária, medida que não foi observada nos anos subsequentes da pandemia (MATTA et al., 2021).

A pandemia da Covid-19 evidenciou as desigualdades sociais existentes, afetando negativamente as populações vulneráveis. Essas desigualdades abrangem a exposição ao vírus, acesso a diagnóstico e tratamento, moradia adequada, tecnologia, água, saneamento e alimentação. As disparidades étnico-raciais são particularmente destacadas, bem como disputas políticas e narrativas prejudicaram a resposta nacional adequada, e as necessidades das populações vulneráveis não foram totalmente atendidas. A crise da pandemia, que não se restringe apenas à saúde, mas envolve também elementos sociais e econômicos, continuou em 2021, com um agravamento em plena ascensão (MATTA et al., 2021).

Os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS são fundamentais para garantir que toda a população tenha acesso igualitário a serviços de saúde em todo o país (MATTA et al., 2021). Isso inclui a inclusão de profissionais de saúde mental na rede de atenção à saúde, que buscam atender às demandas da população por meio de ações comunitárias e territoriais, promovendo a dignidade humana e evitando a institucionalização, como proposto pela reforma psiquiátrica. O subfinanciamento tem sido um grande desafio enfrentado pelo SUS desde sua criação há trinta anos, dificultando a implementação de serviços que atendam plenamente às necessidades de saúde da população. Numa outra nota, também é preciso citar os retrocessos na política de saúde mental e como isso constitui o cenário brasileiro de forma mais ampla.

No contexto pandêmico, os desafios se sobrepõem. A interrupção de certas ações e serviços, juntamente com o foco predominante na saúde física e no combate à doença, dificulta o acesso aos cuidados psicológicos necessários. No entanto, é fundamental reconhecer que as repercussões na saúde mental em grupos populacionais já vulneráveis devido a processos de exclusão social são alarmantes e exigem cuidados especiais, pois estão expostos a vários fatores de risco que afetam sua saúde e seu bem-estar (MATTA et al., 2021).

A problematização do conceito de grupos de risco e a utilização de evidências como estratégia para identificar grupos e indivíduos revelam que a produção de vulnerabilidades é um processo complexo, dinâmico e diverso, exigindo abordagens transdisciplinares e intersetoriais. O conceito de grupos de risco refere-se a populações que apresentam piores prognósticos em relação a determinado agravamento de saúde, mesmo quando expostas ao mesmo nível de risco que o restante da população (MATTA et al., 2021). A narrativa sobre grupos de risco, derivadas das ações de prevenção e promoção da saúde, no entanto, muitas vezes resulta em estigmatização e discriminação de indivíduos e grupos sociais. O conceito produz um forte estigma que expõe os afetados pelo vírus a processos de exclusão, culpabilização e violência.

Todos estão sujeitos à pandemia, porém, nem todos têm a mesma oportunidade de evitar a exposição ou acessar o tratamento disponível, uma vez que ela afeta de maneira desigual e desproporcional indivíduos e coletividades com diferentes níveis de privilégio. Grupos e indivíduos considerados vulneráveis incluem idosos e pessoas com doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e obesidade, embora a dinâmica de vulnerabilidade e proteção varie em diferentes países e regiões, devido às desigualdades socioeconômicas e à organização dos sistemas de saúde locais. Aqueles que carecem de mecanismos de proteção social são frequentemente invisibilizados e relegados aos espaços de ausência, constituindo o grupo de risco mais significativo na pandemia de Covid-19. Diante disso, cabem questionamentos sobre tal conceito, quais são as evidências utilizadas para a sua produção e quais narrativas estão em disputa em relação à pandemia e suas vítimas (MATTA et al., 2021).

No que cabe esta investigação, é preciso destrinchar de forma detalhada o que implica aplicar o conceito de grupo de risco no contexto da saúde mental e da atenção psicossocial, pensando o perfil de acesso dos usuários do CAPS e de que forma estes agravantes não se restringem apenas à saúde física, mas a um processo complexo e abrangente e que convoca mais questionamentos do que fecha diagnósticos propriamente ditos. Ainda segundo a OMS (2022), a mortalidade pandêmica vai além dos contaminados pelo vírus e se mostra também em pessoas com dificuldades mentais, financeiras ou físicas, bem como nas pessoas indiretamente afetadas pela pandemia - aquelas cujas condições de vida se degradaram pelo contexto de crise vigente. O grupo de risco não se restringe apenas às pessoas idosas e/ou com comorbidades, já que as pessoas mais vulneráveis aos impactos da pandemia são as que se encontram em situação de violação de direitos em seu cotidiano, em condições precárias de vida e existência.

Comorbidades dos usuários dos serviços, noções de autocuidado prejudicadas devido a longos períodos de internação psiquiátrica, dinâmicas familiares e sociais precárias, condição psíquica mais propensa à desorganização e exposição ao risco ilustram como a garantia da saúde e integridade física vai além de uma noção de saúde puramente biomédica (BARBOSA et al., 2020). Os indicadores de raça, classe e gênero são importantes marcadores sociais de relevância direta no processo saúde-doença, mas a literatura científica sobre os CAPS levando em conta esse perfil epidemiológico ainda é escassa. Quando aparecem, esses marcadores são poucos discutidos, embora seja notório que os serviços são compostos majoritariamente por pessoas negras e/ou em algum tipo de condição de vulnerabilidade socioeconômica (SILVA et al., 2017).

As ciências humanas e sociais ainda são vistas como um saber prescindível em tempos de crise, mesmo ao longo de sua história terem desenvolvido “tecnologias fundamentais para equacionar os múltiplos problemas nacionais” (CARRARA, 2020, p.1). A pandemia do novo coronavírus impõe o desafio da cooperação entre os distintos campos de produção de conhecimento científico, convocando para uma postura além da oposição clássica entre ciências moles e duras.

O campo da Saúde Coletiva, que em sua origem marca a interlocução entre saberes das humanidades com as ditas ciências da vida, tem as ciências humanas e sociais como forte vetor de uma “cosmovisão individualista, ainda bastante presente em certas formulações da Saúde Pública” (CARRARA, 2020, p.2), em que não se fala em configurações sociais e sim populações, compostas por indivíduos classificados em suscetíveis, infectados, sobreviventes e mortos. Essa cosmovisão mostra como os grandes números de infectados e mortos evidenciam como pessoas viram estatísticas e representações visuais do que seriam cenários de adoecimento conforme a adoção ou não de determinadas estratégias.

Tendo como exemplo o modelo de propagação do vírus, em que pessoas são representadas por pontos, os pontos são divididos por retas e a interação entre os pontos produz mudança de cor, indicando contaminação, conforme sua separação espacial na ilustração e o nível de interação, Carrara (2020) problematiza o modelo, evidentemente não de forma a negar sua acurácia ou relevância, mas para apontar o que pode ser entendido como uma tripla simplificação ou tripla falácia. A primeira, de que os pontinhos representando indivíduos não faz distinção para além de suscetíveis, infectados, sobreviventes ou mortos, deixando de fora marcadores sociais como raça, classe, gênero, idade e sexualidade. A segunda remete a uma certa planificação da movimentação dos indivíduos, sem o estabelecimento do que produziria fronteiras ou separações. Por fim, a suposição de que as "pessoas-pontinhos" e o contexto em que elas existem são entidades separadas e independentes umas das outras.

Essa noção de equivalência e intercambialidade entre os indivíduos é contestada, uma vez que alguns indivíduos são maiores que outros, mais rápidos, mais hábeis na comunicação, mais resistentes a mudanças de comportamento e assim por diante. Além disso, o espaço social em que esses indivíduos circulam não se assemelha a uma planície uniforme, mas sim possui uma topografia específica, às vezes turbulenta, com fronteiras internas, espaços confinados de forma "natural" e complexos canais de comunicação. A diferenciação que existe entre as pessoas e as categorias sociais são resultados do próprio espaço social. Esse espaço é simultaneamente afeta e é afetado, influenciado pelo constante movimento, trajetória, direção

e velocidade das interações sociais. A dinâmica social contribui para a materialização do espaço social e, ao mesmo tempo, é afetada por ele. As relações sociais não podem ser reduzidas a uma simples igualdade entre os indivíduos, pois diferenças influenciam seu posicionamento e interação na sociedade. Além disso, o espaço social é complexo, apresentando características distintas e em constante transformação, que moldam e são moldadas pelas interações sociais.

É importante refletir sobre os processos de difusão e recriação de mensagens provenientes da comunidade científica e como esses discursos e práticas se espalham entre diferentes grupos e categorias sociais. No contexto brasileiro, onde uma parte significativa da população não tem acesso a água tratada ou sistema de esgoto, o apelo à higiene pessoal não se configura como uma realidade possível. Da mesma forma, os apelos ao "confinamento social" podem ser problemáticos em populações precarizadas, cuja reprodução social depende da densidade das relações familiares, de amizade e de vizinhança, o isolamento social pode ter implicações profundas em suas vidas e seu bem-estar. Como ecoa a mensagem "fique em casa" em contextos específicos, como entre moradores de rua ou presidiários, em que as condições de moradia ou encarceramento não possibilitam o cumprimento desse apelo? Qual é sua relevância e eficácia dessa recomendação em tais circunstâncias?

Ao pensar em "isolar os mais vulneráveis" em habitações com poucos cômodos, é crucial reconhecer as limitações estruturais e sociais que podem dificultar ou inviabilizar essa medida, como contextos de condições precárias, com falta de espaço e recursos básicos em que as recomendações para isolamento podem ser impraticáveis ou até mesmo perigosas.

penso que, com as outras ciências humanas, a contribuição das ciências sociais continua sendo, sobretudo, a de pensar epidemias e pandemias como fenômenos biopolíticos por excelência. Fenômenos que podem ser capturados ou apropriados por determinadas necropolíticas, mesmo sob a ideia de que se trata de uma ameaça a todos, à nação, à humanidade etc. Talvez devamos mesmo, como cientistas sociais que trabalhamos na área da saúde, insistir que a pandemia de Covid-19 é um problema global, uma "ameaça à humanidade", mas não no sentido de que possa implicar a extinção de nossa espécie, e sim no sentido de que, como em outras tantas calamidades ou infortúnios coletivos, ela coloca em questão os valores que nos tornam humanos (CARRARA, 2020, p.6)

O uso do confinamento como uma estratégia de exclusão e abordagem moral no tratamento de doenças mentais é fundamentalmente distinto do isolamento como medida de contenção de um vírus mortal que se espalha em territórios. No entanto, ao discutir questões de saúde mental, isolamento e políticas de saúde, é essencial considerar o histórico das práticas sanitárias e seu impacto na configuração das políticas de saúde dos Estados na atualidade.

2.1 Sobre o confinamento como estratégia de saúde e o isolamento como tratamento moral

O modelo da lepra e o modelo da peste são duas formas de exercício de poder teorizadas por Michel Foucault (1987). O modelo da lepra é um modelo de exclusão que consiste na separação rigorosa entre os indivíduos, numa exclusão fora dos muros da cidade e da comunidade, e essa exclusão é da ordem de uma desqualificação jurídica e política.

O modelo da peste também consiste em enclausuramento, mas ao contrário da lepra em que se exclui os leprosos das fronteiras dos territórios como se estivessem mortos, o objeto de enclausuramento é a própria cidade, num modelo de quarentena. Os espaços são meticulosamente separados e vigiados, com inspetores no controle de que cada habitante permaneça em sua devida residência, com intervenções quando alguém é acometido pela doença, com detalhados informes e compilações de registros gerais. Enquanto a lógica de controle da lepra leva à exclusão, a peste traz a inclusão e individualização dos sujeitos: “no fundo, a substituição do modelo lepra pelo modelo peste corresponde a um processo histórico muito importante que a qualificaria brevemente: a invenção das tecnologias positivas de poder” (FOUCAULT, 1987, p.44).

A peste depende de um policiamento espacial estrito em que cada rua é colocada sob uma autoridade, o espaço é fixo e cada movimento fora do que é fixado pode acarretar perigo de vida, seja por contágio ou por punição. Sob constante inspeção, o imperativo do olhar é dominante, junto com postos de vigilância, sentinelas, inspeções diárias dos moradores em suas janelas e de seus estados de vida, onde “cada qual trancado em sua gaiola, cada um à sua janela, respondendo a seu nome e se mostrando quando é perguntado, é a grande revista dos mortos e dos vivos” (FOUCAULT, 1987, p.220).

Tudo é registrado, pois a vigilância da peste é ancorada num sistema de registro contínuo e permanente. As autoridades detêm o saber da saúde, das visitas, doenças e irregularidades, assim como há um único médico responsável pelo cuidado de determinado quarteirão. O registro do adoecimento também é constante e centralizado, numa dimensão em que “a relação de cada um com sua doença e sua morte passa pelas instâncias do poder, pelo registro que delas é feito, pelas decisões que elas tomam” (FOUCAULT, 1987, p.220).

A lepra traz modelos de exclusão, enquanto a peste dá forma a modelos disciplinares. O leproso é rejeitado, mas o pestilento é meticulosamente policiado e examinado. Tratam-se de esquemas distintos, mas não incompatíveis, uma vez que os mecanismos de poder atuais que se dispõem a classificar algo como anormal derivam dessas formas passadas que agem de forma

projetar recortes finos da disciplina sobre o espaço confuso do internamente, trabalhá-lo com os métodos de repartição analítica do poder, individualizar os excluídos, mas utilizar processos de individualização para marcar exclusões - isso é o que foi regularmente realizado pelo poder disciplinar desde o começo do século XX. (...) De um lado, “pestilentam-se” os leprosos: impõem-se aos excluídos as táticas das disciplinas individualizantes; e de outro lado a universalidade dos controles disciplinares permite marcar quem é “leproso” e fazer funcionar contra ele os mecanismos dualistas da exclusão (FOUCAULT, 1987, p.223)

A institucionalização do poder por meio da disciplina é um traço importante e basilar das sociedades modernas, industriais e complexas. Reformatório, casa de correção, penitenciária e escola normal são algumas das instituições de preceitos fundamentalmente disciplinares, de normalização por “uma elaboração técnica e uma reflexão racional” (FOUCAULT, 1987, p.332). A inclusão de uma pessoa num desses locais como tentativa de reorganização psíquica e tratamento moral ressoa o paradigma psiquiátrico do isolamento em voga nesse contexto. O período pós-revolução Francesa trouxe consigo a reforma das instituições; os hospitais, em seu nascimento, não eram instituições médicas, e funcionavam como depósitos de delinquentes, desajustados, pobres e necessitados, independentemente de serem enfermos ou não. É somente no século XVII que os hospitais assumem sua função social e disciplinar com “objetivos de sanear o aspecto insalubre e de superar a natureza de violência e exclusão social que tais instituições representavam” (LANCETTI & AMARANTE, 2006, p.618).

O empreendimento de retirada dos não enfermos dos hospitais, de separação e classificação das enfermarias conforme suas patologias, que deveriam ser minuciosamente observadas e descritas, deu origem a uma série de processos e transformações que fundaram a psiquiatria e a própria noção atual de clínica. Nesse mesmo contexto, crescem os estudos sobre o que seria nomeado pelo médico francês Philippe Pinel como alienação mental, um distúrbio da Razão. (LANCETTI & AMARANTE, 2006).

Qual seria o destino dos alienados, aqueles desprovidos de Razão? Fortemente influenciado pelas ciências naturais, Pinel inaugura o que é chamado de tratamento moral, que consiste numa série de princípios e rotinas que visam a “reorganização” dos sujeitos institucionalizados em relação ao mundo exterior, ou seja, que produzam um movimento de retorno ao normal, à racionalidade vigente. Tal método, que preconiza o isolamento, encontra respaldo na ideia de que um objeto só pode ser conhecido ou estudado se seu exame acontecer ao abrigo do mundo exterior, “isolado das interferências que prejudicassem a observação objetiva e incontestável” (LANCETTI & AMARANTE, 2006, p.619), logo, os alienados deveriam

estar isolados de seus círculos sociais, de seus familiares e amigos, onde não estivessem sujeitos a interferências que atrapalhassem a observação e o exame científico.

A estratégia de quarentena utilizada no século XIX para enfrentar epidemias durante a era moderna consistiu na reativação do dispositivo de controle adotado nos séculos XVI e XVII na Europa, quando uma epidemia ceifou inúmeras vidas indiscriminadamente. Esse método sanitário foi recorrentemente empregado no Ocidente ao longo dos séculos, incluindo o século XXI, em várias situações de crises de saúde pública e sociais, seja durante epidemias locais ou pandemias globais (BIRMAN, 2021).

O tratamento dado à lepra envolvia expulsar todos os leprosos para as áreas periféricas e fora das cidades, com o objetivo de eliminar o risco de contaminação das pessoas saudáveis e protegidas da doença. O mal da lepra era combatido através da purificação radical da população afetada, permitindo que eles morressem isolados, sem ameaçar os indivíduos puros e não afetados pela doença. As práticas desencadeadas pelo dispositivo da lepra envolviam a expulsão irreversível de partes significativas das populações afetadas, que eram condenadas inexoravelmente a uma vida de morte social e, antes disso, à morte física (BIRMAN, 2021).

A peste, por sua vez, surgiu historicamente mais tarde no Ocidente, na transição do século XVI para o século XVII. Nesse contexto, não se optou mais pela expulsão do Mal para fora e para as áreas periféricas do espaço social. Em vez disso, adotou-se uma abordagem de exclusão por meio da inclusão, implementando práticas de quarentena no sentido moderno do termo (BIRMAN, 2021). Isso implicava fechar rigorosamente as fronteiras externas do espaço social e de vários países europeus para evitar a circulação de populações estrangeiras, tanto por mar quanto por terra. As pessoas também eram proibidas de circular dentro de seu próprio país e cidade, sendo obrigadas a permanecer isoladas em suas casas para evitar a propagação da doença. Além disso, o dispositivo da peste estabelecia um controle diário rigoroso sobre a circulação social do contágio, focando em cada indivíduo contaminado para rastrear detalhadamente as cadeias e séries de possíveis infecções por meio das relações estabelecidas com outras pessoas (BIRMAN, 2021).

Esse controle social estrito da mobilidade da população resultou na criação de um sistema meticuloso de registro público de casos de contágio e contaminados, incluindo o mapeamento das casas onde essas pessoas residiam e a localização dessas casas nos bairros dentro do espaço social (BIRMAN, 2021). No contexto do dispositivo da peste, as aglomerações humanas foram proibidas no espaço público, e as cerimônias religiosas foram temporariamente suspensas em igrejas e ambientes urbanos e rurais para evitar reuniões e os

riscos de contágio. Em contraste com o dispositivo da lepra, o dispositivo da peste apresenta diferenças substanciais em sua estrutura e abordagem fundamental.

O dispositivo da peste representou uma forma de governança médica do espaço social durante epidemias, criando base para as condições que levariam ao surgimento da polícia médica a partir do século XVIII e à disseminação da medicalização do espaço social no século XIX. Nesse contexto histórico, o discurso da medicina científica, baseado na teoria da anatomoclínica, se tornou o paradigma epistemológico e antropológico vigente, orientando as disciplinas a partir das categorias de normalidade, anormalidade e patologia. O dispositivo da lepra tinha natureza estritamente teológica, centrando-se na problemática do Mal no sentido moral e religioso, enquanto o dispositivo da peste era claramente sanitário, enfatizando a governança médica do espaço social e a subsequente criação da "polícia médica" a partir do século XVIII, inicialmente na Alemanha e depois na França e na Inglaterra (BIRMAN, 2021).

Para combater os efeitos catastróficos da pandemia de Covid-19, um antigo dispositivo de saúde pública foi acionado: a quarentena. Isso envolveu a implementação de estratégias da epidemiologia e da vigilância sanitária, com destaque para a promoção de quarentenas abrangentes, gerais e rigorosas. Essas ações visaram principalmente preservar a vida das populações também possuíam um forte apelo de proteção da atividade econômica (BIRMAN, 2021).

As diferentes abordagens de isolamento social durante a pandemia de COVID-19 refletem influências históricas e filosóficas. O isolamento social horizontal⁵, promovido pela OMS e seguido por muitos países asiáticos e europeus, assemelha-se ao dispositivo da peste. Ele se baseia na ciência e na medicina, buscando a governabilidade médica do espaço social, com ênfase na preservação da saúde pública (BIRMAN, 2021).

Em contrapartida, políticas de isolamento vertical, como as defendidas pelo governo brasileiro, se assemelham ao dispositivo da lepra. Essas abordagens desconsideram os efeitos catastróficos da pandemia, recusam o discurso científico e são motivadas principalmente por interesses econômicos, refletindo uma orientação teológica em que o "Mal" é o foco, com recusa em reconhecer a legitimidade do discurso científico e uma influência significativa do discurso neopentecostal⁶, levando à reativação do dispositivo da lepra (BIRMAN, 2021).

⁵ A conceituação de isolamento social e suas diferenças (vertical e horizontal) no contexto da resposta à pandemia de Covid-19 pode ser encontrada no apêndice B - glossário da pandemia.

⁶ A influência do discurso neopentecostal também se faz presente nas discussões sobre saúde mental, principalmente no contexto do tratamento a usuários de álcool e outras drogas, como exposto no histórico das políticas de saúde brasileiras com o massivo financiamento das Comunidades Terapêuticas.

A apresentação de tais contextos serve para o exercício de pensamento sobre como os lugares de confinamento e isolamento se constituíram ao longo da história da emergência do saber médico e das instituições de saúde. Acessá-los pode ser uma das formas de estabelecer o panorama entre as práticas, quais os seus efeitos e de que forma se atualizam, até o contexto atual. As reformas psiquiátricas, por exemplo, empreendem uma crítica ao paradigma da psiquiatria e instauram diversas formas de se olhar para o fenômeno do adoecimento mental, e a experiência italiana é de grande referência para as práticas brasileiras e para o desenho atual dos serviços da RAPS.

2.2 Território, tecnologias leves e cuidados de proximidade

Território é um espaço definido e delimitado por meio de relações de poder, além da mera geografia. As dinâmicas de poder desempenham um papel fundamental no contexto do território, onde a pergunta sobre quem domina ou influencia quem nesse espaço (e como) é crucial para compreender como o poder opera em relação a ele. Nesse sentido, o espaço territorializado difere da percepção concreta e objetiva do espaço. O território não se restringe à geografia física; ele engloba as relações de poder que ocorrem nesse espaço, onde o poder não apenas é exercido, mas também é influenciado e moldado por ele; portanto, o território não é apenas um cenário para o poder, mas também um dos seus fundamentos e instrumentos (FURTADO et al, 2016).

No contexto da saúde mental, a compreensão do território como um componente-chave na distribuição de serviços de saúde mental, na tomada de decisões, no acesso aos cuidados e na abordagem da estigmatização. A reforma psiquiátrica, por sua vez, busca descentralizar o poder e promover abordagens comunitárias, reconhecendo a importância do território na organização e operacionalização dos serviços (LIMA & YASUI, 2014).

A abordagem do espaço como um processo social no Brasil é de grande importância para a saúde coletiva. Isso se reflete na compreensão das mudanças no perfil epidemiológico causadas pela globalização e na superação de abordagens que desconsideravam as implicações socioespaciais na saúde e na doença. O espaço não é apenas uma entidade física, mas também um processo dinâmico e uma construção social. Essa perspectiva mais abrangente permite uma compreensão holística das questões geográficas, incluindo aquelas relacionadas à saúde, considerando as particularidades dos territórios periféricos ou semiperiféricos no contexto do capitalismo global, colocando em questão as implicações socioespaciais na saúde pública,

reconhecendo a interconexão entre fatores geográficos e sociais no entendimento das dinâmicas de saúde e doença (FURTADO et al, 2016).

A concepção de território no contexto da saúde mental no SUS vai além das fronteiras administrativas e abrange dinâmicas sociais e espaciais complexas. É importante ressaltar que o território não deve ser simplesmente reduzido à divisão territorial do sistema de saúde, uma vez que isso limitaria a compreensão desse conceito. Trabalhos de reabilitação psicossocial têm o desafio de não normatizar ou tentar encaixar indivíduos considerados desviantes; em vez disso, devem buscar transformar a sociedade, promovendo o convívio com a diversidade e garantindo a inclusão e exercício da cidadania (FURTADO et al, 2016).

Nesse sentido, a abordagem do espaço como um processo social desempenha um papel fundamental na compreensão das questões de saúde, especialmente em relação ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Essas perspectivas destacam a complexidade das dinâmicas socioespaciais na saúde e na doença, bem como a importância da inclusão e da transformação social para promover o bem-estar e o convívio com a diversidade. A complexidade do conceito de território é ilustrada por diferentes perspectivas, todas essenciais para a compreensão das práticas de saúde, promoção da inclusão social e consideração das dimensões subjetivas e sociais das experiências das pessoas em sofrimento mental (FURTADO et al, 2016).

Há distintas acepções do território em voga no campo da saúde mental. O território pode ser entendido como a área fora do hospital e adjacente ao serviço de saúde mental, noção utilizada principalmente para se opor ao modelo hospitalocêntrico da psiquiatria, enfatizando a inclusão social das pessoas com sofrimento mental grave. Outra definição considera o território como um conjunto de recursos terapêuticos potenciais que podem ser explorados e articulados pelos profissionais de saúde mental, incluindo espaços públicos, vizinhanças e associações, com destaque para a importância da inclusão social no tratamento de transtornos mentais (FURTADO et al, 2016).

O território também pode ser concebido como território existencial: nessa acepção, o território é entendido como uma construção simbólica e de pertencimento, relacionada à história pessoal de cada indivíduo. Essa definição abrange aspectos etológicos, subjetivos, sociológicos e geográficos, levando em consideração as complexas experiências individuais e subjetivas no contexto da saúde mental. Por fim, o território pode ser compreendido como um sistema de objetos e ações, visão em que o território aparece como uma interface entre o político e o cultural, abrangendo uma variedade de fronteiras, desde aquelas entre países até aquelas entre indivíduos, incluindo os limites corporais. Essa abordagem destaca a relação entre a

materialidade do espaço, seu uso e a base social da ação humana, reconhecendo a interconexão entre espaço, cultura e política (FURTADO et al, 2016).

As perspectivas normativas e técnicas do Ministério da Saúde tornam evidente que o território desempenha um papel fundamental na organização das iniciativas de saúde mental no SUS. O território é percebido como um elemento organizador da rede de atenção à saúde mental, orientando as ações de todos os equipamentos de saúde mental. Entretanto, o entendimento de território frequentemente se restringe à organização administrativa do sistema de saúde e à cobertura dos serviços, limitando a compreensão desse conceito, que é mais amplo e abarca aspectos geográficos, sociais, culturais e políticos (FURTADO et al, 2016).

Um documento do Ministério da Saúde amplia a noção de território, reconhecendo que ele não se refere apenas a uma área geográfica, mas também engloba pessoas, instituições, redes e cenários onde a vida comunitária ocorre. Isso indica uma abordagem mais abrangente que considera o contexto social e comunitário em que os cuidados em saúde mental são prestados (BRASIL, 2005).

No entanto, mesmo com essa ampliação conceitual, a dimensão política do território ainda não recebe a devida consideração. É fundamental abordar as questões de poder e as relações de poder no território para obter uma compreensão crítica do conceito. A busca pela inclusão social na saúde mental requer a consideração das forças e fatores políticos que influenciam o acesso e a qualidade dos cuidados (LIMA & YASUI, 2014).

O conceito de território no contexto da saúde mental no SUS no Brasil evoluiu ao longo do tempo, passando de uma visão estritamente geográfica para uma compreensão mais ampla que inclui aspectos sociais e comunitários. A dimensão política do território permanece um desafio fundamental para uma abordagem crítica da saúde mental particularmente relevante no contexto da reforma psiquiátrica, onde a simples extinção de espaços de confinamento, como hospitais psiquiátricos, não garante automaticamente a inclusão social e a emancipação. Há um risco real de que práticas disciplinares se transformem em práticas de controle por meio da criação de redes de serviços de saúde mental "no território". Isso levanta preocupações sobre o controle estatal, com a expansão de uma rede de serviços de saúde mental no território fornecendo ao Estado uma justificativa adicional para exercer vigilância sobre a população de uma determinada área, o que pode ser visto como um risco à privacidade e à autonomia das pessoas atendidas. A transição da prática disciplinar dos hospitais psiquiátricos para uma prática de controle nos novos serviços substitutivos não é uma impossibilidade, tampouco um objetivo almejado pela RPB, mas é um risco que deve ser considerado. A intenção de acolhimento pluralista e a prática clínica muitas vezes entram em conflito com a lógica estatal de imposição

de ordem social e uniformização. A transição de práticas disciplinares para práticas de cuidado requer atenção constante aos riscos inerentes ao processo de transformação do sistema de saúde mental (LIMA & YASUI, 2014).

No cenário internacional, o movimento de desinstitucionalização na Itália desempenhou um papel fundamental de influência sobre a reforma brasileira. O movimento italiano confrontou não apenas o modelo de hospital psiquiátrico, mas também outras abordagens, como o modelo da comunidade terapêutica inglês e a política de setor francesa. O movimento italiano de desinstitucionalização buscou inspiração em diferentes modelos, mas se distanciou do modelo inglês da comunidade terapêutica e da política de setor francesa. Isso se deve, em parte, à ênfase italiana na democratização das relações e na ideia de territorialidade. O uso do termo comunidade está associado a ideais preventivos americanos que consideram a comunidade como um sistema funcional e a doença mental como uma falha de adaptação a esse sistema. No entanto, para os italianos, a instituição a ser superada não era apenas o hospital psiquiátrico, mas todo o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos e relações de poder que giram em torno do conceito de doença (FURTADO et al, 2016).

O processo italiano de desinstitucionalização psiquiátrica e inclusão territorial envolveu disputas e embates que não se alinham com a noção funcional de território. A luta pela liberdade está intrinsecamente ligada à luta pelos recursos que possibilitam as interações sociais, evitando que os excluídos sejam relegados a uma vida de exclusão. Os princípios orientadores da reforma psiquiátrica brasileira compartilham semelhanças com a abordagem italiana, sobretudo com a percepção da importância da inclusão territorial e da transformação das estruturas de poder. Ambos os movimentos buscaram superar não apenas o modelo hospitalocêntrico, mas também todo o conjunto de estruturas e relações de poder que cercam o conceito de doença mental, enfatizam a importância da inclusão territorial e da luta por recursos que possibilitam a participação social e a liberdade das pessoas com transtornos mentais (FURTADO et al, 2016).

O cenário de pandemia impôs uma reorganização dos serviços de saúde em tempo real para atender a essa demanda intensa e não homogênea entre estados, cidades e até mesmo entre diferentes áreas de um mesmo município, envolvendo a implementação de novos protocolos clínicos, estabelecimento de novos fluxos, fortalecimento de certas modalidades de atenção e estruturas para assistência em saúde, além da ressignificação de funções de diferentes espaços (SEIXAS et al., 2020). Para além do momento inicial de "redução de danos" para controle da epidemia com medidas de distanciamento social, é importante considerar estratégias para o cuidado e medidas protetivas durante um progressivo desconfinamento. Nesse sentido, é relevante explorar o protagonismo que os arranjos de base comunitária poderiam ter assumido

na resposta à crise e na produção do cuidado no pós-pandemia. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), os autores reforçam que a potencial capilaridade das modalidades de cuidado mais próximas dos territórios de vida e de trabalho das pessoas não foi devidamente explorada nos esforços de enfrentamento da Covid-19. Tais distintas modalidades de cuidado são denominadas "cuidados de proximidade" (SEIXAS et al., 2020).

A resposta predominante à crise focou no distanciamento social, testagem e oferta de leitos hospitalares, especialmente UTIs, baseando-se na medicina científica moderna, que vê a doença como um defeito biológico-mecânico, resultando em uma visão tecnicista da atenção à saúde que não considera a complexidade da saúde, incluindo singularidades, relações, valores e demais condições que têm influência no processo de adoecimento. O modelo adotado focou no tratamento dos casos graves em hospitais, considerando-os como o melhor local para esse tipo de atendimento. No entanto, é importante destacar que esse modelo também influenciou a lógica de propagação do vírus - o hospital, essencial no cuidado de casos graves, também pode veio a ser um local de transmissão do vírus, especialmente entre os profissionais de saúde, intensamente expostos durante seu trabalho (SEIXAS et al., 2020).

A ampliação da oferta de leitos hospitalares se fez urgentemente necessária, dada a quantidade significativa de pessoas que adoeceram gravemente, sobretudo no período inicial onde a transmissão atingiu seu pico e ainda não havia vacinas disponíveis, necessitando de internação e tratamento com tecnologias médicas avançadas (SEIXAS et al., 2020). No entanto, alguns desafios dos territórios urbanos saíram de cena durante a construção resposta à pandemia, sem a orientação e apoio de pessoas em seus ambientes de moradia e trabalho para garantir cuidados e proteção, incluindo a rápida identificação de novos casos e seus contatos, especialmente em comunidades com maior aglomeração e condições precárias, bem como a garantia do acompanhamento dos usuários em diversas situações de saúde que os levam a buscar serviços médicos em situações normais e a necessária continuidade do cuidado ao retornarem para casa após períodos hospitalares, possivelmente com a necessidade de reabilitação, hipótese que se mostrou um fato, considerando as sequelas do adoecimento mesmo entre os casos assintomáticos e os casos de Covid longa.

O enfrentamento à epidemia da Covid-19 se constitui para além dos hospitais e acontece nos territórios de vida e trabalho das pessoas, com ações para além do distanciamento social e incluindo outras ações para cuidar tanto dos doentes quanto dos não doentes, indiretamente afetados pela crise sanitária. Novas formas de cuidado se fizeram necessárias, incorporando tecnologias de cuidado em novos processos de trabalho e combinando-as com práticas de vigilância epidemiológica. Isso inclui o acompanhamento dos casos, intervenção em sua

distribuição nos territórios e medidas rápidas para conter surtos em bairros, identificando os contatos de cada caso conhecido e isolando-os (SEIXAS et al., 2020).

O estabelecimento de redes de apoio para situações de precariedade em territórios comumente negligenciados pelas políticas públicas é fundamental. É essencial repensar a organização da oferta comunitária de cuidado em saúde, buscando alternativas para além do proposto, colocando em pauta o desconfinamento planejado de forma coordenada com moradores, estabelecimentos comerciais, associações e escolas. A hipótese defendida pelos autores é que as ofertas de cuidado de proximidade tiveram uma potência pouco explorada na gestão da crise, conceito que vai além da proximidade geográfica, englobando dispositivos que se propõem a estar ativamente próximos dos problemas cotidianos da comunidade e ultrapassando os limites do modelo biomédico predominante (SEIXAS et al., 2020).

O conhecimento singular dos profissionais, adquirido através do vínculo e da proximidade com os moradores, é fundamental para pensar soluções adequadas e compartilhadas com os diversos atores envolvidos, constituindo intervenções pautadas em tecnologias leves de cuidado (MERHY, 2005). A produção do cuidado nos territórios exige comprometimento ético-político, construindo a existência dos demais atores locais. Nesse contexto, questiona-se quais serviços de saúde possuem essa proximidade tão necessária, especialmente em tempos de Covid-19 no Brasil e no pós-pandemia (SEIXAS et al., 2020).

O SUS possui uma rede de serviços heterogênea, ampla e resolutiva, embora cronicamente subfinanciada (ONOCKO-CAMPOS, 2019). Durante a pandemia, parte das equipes foi desviada para atuar nas emergências, e os cuidados de proximidade foram limitados, justificados pela falta de EPIs. Nessa perspectiva biomédica, considera-se que as equipes dos serviços comunitários não dispõem de tecnologias necessárias para enfrentar a pandemia. O foco em casos graves reforça práticas hospitalocêntricas e médico-hegemônicas, deixando pouco espaço para outras ações nos territórios e desconsiderando a efetividade de práticas territoriais, comunitárias e intersetoriais na garantia do cuidado e assistência a demais condições indiretamente vinculadas à saúde e ao adoecimento, impedindo o estabelecimento de práticas de saúde pautadas em tecnologias leves e a construção de redes vivas. As diversas modalidades de cuidado de proximidade poderiam ter um papel decisivo conectando-se com coletivos e organizações, identificando situações precárias e aglomerações e realizando ações intersetoriais para garantir segurança epidêmica e atender às necessidades de populações específicas (SEIXAS et al., 2020).

A pandemia da Covid-19 colocou à prova sistemas de saúde e mostrou a incapacidade de coordenação de ações territoriais com a rede de serviços de forma efetiva. O modelo

biomédico hospitalocêntrico se mostrou insuficiente para enfrentar a crise em suas distintas esferas, evidenciando a importância de um sistema universal que articule tecnologias leves de cuidado num arranjo mais eficaz e construído a partir das demandas levantadas por usuários, grupos e demais atores da vida social no território (SEIXAS et al., 2020).

O cuidado no território vai além da intervenção clínica, envolve a circulação socioespacial com proteção e agenda de trabalho, com o protagonismo de diferentes atores locais. Tais ações permitem construir com a comunidade estratégias de distanciamento social que promovam a produção de vida e autogestão das ações locais, construindo cuidados capazes de mudar o curso da doença e evitando a gravidade clínica que leva ao hospital. Ações como a oferta suficiente de testes, EPIs, informação e apoio articulado muito se beneficiariam do reconhecimento e apoio ativo dos serviços de saúde local acerca da capilaridade das redes de comunicação de cada território, reduzindo exposição ao vírus, adoecimento e morte (SEIXAS et al., 2020).

Conclui-se, portanto: duas construções importantes para a análise das respostas encontradas nos relatos de experiência publicados em periódicos científicos. Primeiramente, o papel fundamental das tecnologias leves e leve-duras no cuidado em saúde mental, mas também na resposta à pandemia articulada com os territórios e em relação, hipótese essa que vai de encontro às recomendações de que as medidas mais efetivas de mitigação do vírus são as medidas não-farmacológicas (ABRASCO, 2022). Por fim, a exploração do conceito de cuidados de proximidade (SEIXAS et al., 2020) e seu papel articulador nos espaços da vida social.

Mehry (2005) desenvolve o conceito de tecnologia para pensar a forma como se dão as relações no âmbito da assistência à saúde. Tecnologia, então, passa a ser entendida não apenas como conjuntos de instrumentos materiais do trabalho, mas também como saber e como “desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde” (COELHO & JORGE, 2009 p.2). Diferentes demandas de saúde apontam para a necessidade de diferentes tecnologias, que são classificadas entre leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves dizem respeito às relações; as leve-duras, aos saberes estruturados; e as duras, aos recursos materiais.

Sendo o trabalho em saúde um trabalho que se dá em relação (MEHRY, 2005), os laços entre trabalhadores e usuários são um mecanismo fundamental para a garantia de promoção e prevenção à saúde, recuperação e atendimento humanizado, ou em outras palavras: para a garantia do cuidado. A adoção de tecnologias leves é uma das formas de gerenciamento do trabalho nas relações.

A dimensão relacional é central no processo de trabalho e comporta um tipo de tecnologia, porque o modo de estabelecer relações é tecnologicamente orientado. Todo processo produtivo necessariamente contém as três tecnologias e o que diferencia as práticas profissionais e sua orientação tecnológica é a hegemonia do processo produtivo. Isso também contribui para a definição do modelo tecnoassistencial, uma vez que os modelos assistenciais são formas de organização da produção de serviços a partir de certo arranjo de saberes e modos de produção de cuidado e assumem diversas formas de organização, sempre de acordo com saberes e práticas instaurados pelos próprios trabalhadores (FRANCO & MERHY, 2012). Ou seja, as configurações estão associadas aos processos e tecnologias de trabalho.

A mudança nos modelos tecnoassistenciais para a saúde depende da produção da saúde que se dá na micropolítica de organização dos processos de trabalho. Há uma tensão constitutiva nesse processo, e historicamente o modelo assistencial esteve focado em tecnologias duras e leve-duras, de forma procedimental e medicamentosa, estabelecendo a atenção hospitalar como ponto central de assistência, tanto nas patologias ditas do corpo quanto nas relativas ao adoecimento psíquico (FRANCO & MERHY, 2012).

O SUS é o grande marco de reorientação do modelo assistencial em saúde no Brasil. A organização da assistência passa, então, a ser pautada pela distribuição dos serviços de forma a produzir intervenções sobre o território. Embora o modelo seja pautado por uma estrutura de hierarquização, é interessante notar como há abertura para distintas formas de organização e de produção do cuidado, que podem levar ou não a rupturas com o modelo vigente: “é próprio da riqueza do SUS, resultado da ação dos trabalhadores no âmbito da micropolítica do processo de trabalho para o cuidado em saúde” (FRANCO & MERHY, 2012, p.155).

Para compreender o papel da subjetividade como uma das dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde é preciso resgatar a diferenciação entre trabalho vivo e trabalho morto. Trabalho morto é o trabalho pregresso, já feito, que não realiza nenhum produto porque já foi utilizado para isso, enquanto o trabalho vivo é o trabalho em ato, no seu momento de produção. O trabalho em saúde tem a centralidade do trabalho vivo em função de sua natureza relacional: “os produtos da saúde se realizam em ato, na relação entre produtor e consumidor” (FRANCO & MERHY, 2012, p.4), uma vez que “a subjetividade é operadora de realidade, ou seja, o modo singular como cada um significa o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde” (p.2).

O biopoder é uma tecnologia de poder que se exerce sobre a população “tomando posse da vida desde o orgânico ao biológico” (MERHY, 2005). O que agora se denomina como biopolítica é a conjugação de formas já existentes no modelo de poder da soberania e da

disciplina, de “fazer morrer e deixar viver” e de individualizar, controlar, treinar e vigiar; tais formas agora são conjugadas e tomam a vida do homem como ser vivo e espécie.

Tais processos estão ligados aos processos de “ativação das forças produtivas e de sua reprodução”, de forma a racionalizar pela prática governamental os fenômenos próprios da população, como saúde, higiene, longevidade e raça (MERHY, 2005). O poder deixa de ser somente restritivo, punitivo e vertical, para se tornar uma “rede horizontal esparramada, entrelaçada ao tecido social e à sua heterogeneidade (...) requerendo novas modalidades de controle e primordialmente de luta”.

A análise dos processos de reestruturação produtiva do trabalho em saúde de Merhy (2005) mostra como hoje o território de disputa é o trabalho vivo em ato, por sua capacidade de forjar novos arranjos para os atos produtivos em saúde. As reestruturações produtivas incidem na seara do trabalho vivo, nas tecnologias leves e leve-duras, de modo que a discussão deveria estar calcada nos modos de gerir os processos de cuidado.

A pandemia colocou em questão a lógica da atenção psicossocial, que tem em seu cerne a proximidade e o contato presencial. O distanciamento social se tornou uma realidade imposta, com efeito direto na manutenção dos vínculos terapêuticos e no acesso aos cuidados necessários. Além disso, as unidades de saúde também experimentaram uma diminuição significativa do fluxo de pessoas; o medo do contágio, aliado à dificuldade de acesso aos transportes públicos e a premissa do distanciamento reduzem o contato dos usuários com os serviços, que, por si, passavam por um processo de readequação e reestruturação para atender aos desafios impostos pela nova realidade sanitária. Seja pelo fechamento completo da unidade, pelo funcionamento restrito ao modelo remoto ou pela não adoção de medidas de prevenção, o fato é que a pandemia teve impacto profundo na forma de se fornecer atendimento em saúde e é isso que se busca acessar a partir dos relatos.

3 OS RELATOS DE EXPERIÊNCIA

As pesquisas que envolvem trabalho de campo são tributárias da herança etnográfica da produção de conhecimento a partir da imersão no cotidiano de determinada comunidade, grupo social ou instituição. Estar em campo correspondia a certa territorialidade geográfica de muita materialidade, na medida em que o pesquisador “empresta” seu corpo e sua subjetividade ao campo em questão (DESLANDES & COUTINHO, 2020).

O campo da pesquisa digital obedece mais à lógica de um fluxo do que de um lugar; compõe-se por uma rede de conexões que cortam interações distintas e subsidiadas em plataformas que formam ambientes distintos. O digital responde a uma instância desterritorializada “capaz de gerar diversas manifestações concretas em diferentes momentos e locais determinados, sem, contudo, estar ela mesma presa a um lugar ou tempo em particular” (DESLANDES & COUTINHO, 2020, p.3).

Dessa forma, ressalta-se a relevância da tecnologia como propiciadora da produção de dados de campo e o lugar da tecnologia aplicada à pesquisa social não somente como uma ferramenta auxiliar para a obtenção de dados, mas também um fluxo de produção per se, uma vez que é um dos meios pelo qual a sociabilidade dos sujeitos de pesquisa é colocada em prática. “É uma atividade que tem implicações em toda a sociedade, nas esferas econômicas, jurídicas, políticas e religiosas” que “informa e organiza as instituições e práticas aparentemente bastante distintas” (MAUSS, 2003 apud DESLANDES & COUTINHO, 2020, p.4).

Entre os cânones da antropologia já havia a antecipação do papel fundamental da tecnologia para a produção e captação de dados. Além do diário de campo e da observação participante, Malinowski recomendava ao pesquisador utilizar todos os meios tecnológicos disponíveis (na sua época o gravador de voz e a máquina fotográfica) para retratar o que chamava de “imponderáveis da vida cotidiana” (DESLANDES & COUTINHO, 2020).

Sujeito e pesquisador interferem diretamente na apreensão da realidade, sendo o campo o “recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico ao objeto da investigação” (LIMA et al., 2014, p.6), de forma que, ao entrar em campo e durante as fases da investigação, é preciso entender o objeto, as pessoas, o próprio investigador e seu sistema de crenças e representações, como fenômenos produzidos social e historicamente.

A corrente de pensamento da abordagem interacionista, em sua perspectiva de um comportamento humano observável de forma simbólica e também relacional (LIMA et al., 2014), coloca-se como ferramenta de grande valia para este trabalho. Uma vez que priorizamos os relatos de experiência como via de acesso das práticas, não há como prescindir dos sujeitos

e as posições que ocupam como parte fundamental da resposta às questões impostas pela pandemia de COVID-19. Dessa forma, reforça-se que:

As narrativas dos atores não são uma verdade, mas uma versão, e pode ser a melhor abordagem para compreender o processo de socialização, a emergência de um grupo, a estrutura organizacional, o nascimento e declínio de uma relação social e as respostas situacionais às contingências cotidianas. (LIMA et al. 2014, p.4)

A ciência é uma atividade que intervém na dinâmica social. As instituições científicas não existem acima da sociedade ou sem relação com ela, o que aponta para a necessidade da formulação de prioridades e da abertura a um conjunto de atores e espaços que facilitem a formação de consensos.

A escolha da metodologia coloca em questão a necessidade de reflexão sobre as opções capazes de responder aos desafios colocados pelo campo. Na área da saúde, especificamente, tais desafios são a abertura modelos de investigação que rompam a lógica unidisciplinar e se abra para inter e transdisciplinaridade; a construção de possibilidades de trânsito por campos de conhecimento distintos; a construção de um pensamento complexo, de interações e interconexões entre conceitos, noções e métodos; abertura para o trabalho coletivo, priorizando a “pluralidade de pensamento e de experiências como elementos de enriquecimento do grupo” (MINAYO, 2006, p.17) e a “articulação dos conhecimentos gerados com as práticas voltadas para as necessidades concretas da população” (p.17).

A pesquisa é um trabalho complexo que envolve teoria, método, operacionalização e criatividade. Não há conhecimento científico acima da realidade ou fora dela, bem como não há metodologia capaz de eximir o pesquisador dos significados das práticas. Como atividade fundamental na produção de conhecimento, a pesquisa mostra que “teoria e prática não são isentas de interesses, preconceitos e incursões subjetivas” (MINAYO, 2006 p.22) e que “o privilégio presente em toda atividade teórica supõe um corte epistemológico e um corte social e ambos governam sutilmente essa realidade” (p.22).

As metodologias de pesquisa qualitativa incorporam a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais, entendidas tanto em seu surgimento como em sua transformação como construções humanas significativas. A proposição da subjetividade como “fundante de sentido e constitutiva do social é inerente ao entendimento objetivo” (MINAYO, 2006, p.24) é fundamental para esse universo de investigação qualitativa, em que se dá centralidade ao “cotidiano e experiências do senso comum, interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam” (p.24).

As ciências da saúde se instituem como uma variedade de disciplinas que tratam de um híbrido biológico-social. Há a necessidade de incorporação dos avanços da biologia, física e outras disciplinas, em associação com as questões socioeconômicas, políticas e ideológicas. No campo da saúde há complexidade dos objetos, uma vez que a “abrangente área biomédica não pode prescindir da problemática social, uma vez que o corpo humano está atravessado pela determinação das condições, situações e estilos de vida” (MINAYO, 2006, p.28).

Os saberes teóricos e práticos sobre saúde e doença se localizam num universo de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos, num contexto em que “a realidade dos fatos está inteira e intensamente permeada pelo campo simbólico e afetivo” (MINAYO, 2006, p.29). Logo, a análise dos dados deve ser contextualizada, deve levar em conta a origem e historicidade dos fatos sociais e dos grupos estudados, deve incluir espaços formais da economia e da política como matrizes essenciais, mas também como permeados por esse mundo da vida e devem considerar “espaços ao mesmo tempo de consensos e conflitos, contradições, subordinação e resistência” (MINAYO, 2006, p.30)

A introdução da cultura na definição do conceito de saúde demarca um espaçamento radical, que amplia e contém articulações da realidade social. A cultura não é apenas lugar subjetivo, mas também abrange a objetividade e é o “locus onde se articulam conflitos e concessões” (MINAYO, 2006, p.31). Saúde e doença importam por seus efeitos no corpo e por suas repercussões no imaginário e isso se estende para os usuários de serviços, mas também para os trabalhadores, uma vez que eles “atuam sob linhas de força agenciadas por uma ética do cuidado, que se expressam pelo manejo das tecnologias de trabalho e as subjetividades que operam também na produção do mundo do cuidado na saúde” (FRANCO & MEHRY, 2012, p.152)

Não somente como uma forma de viabilizar os estudos de um mestrado majoritariamente remoto, num campo que outrora esteve pouco acessível ao contato presencial, há o reconhecimento que o ambiente digital tem importância crucial na gestão do cotidiano pandêmico (OMS, 2020). A sociabilidade é redefinida com base nas agências humanas e cotidianas de apropriações e usos dessas novas tecnologias digitais, tanto pelos agentes em suas formas de reinvenção dos processos de construção de cuidado, quanto pelo sujeito pesquisador que passa a ter acesso a um locus privilegiado de produção do cuidado em saúde e da veiculação de suas dificuldades, possibilidades e entraves.

A escolha dos relatos de experiência publicados em revistas científicas como via de acesso ao campo se dá em função do entendimento de sua potencialidade de abarcar processos

e produções que, através da experiência singular, proporcionam pontos de abertura de análise crítica. Esse tipo de relato opera como forma de legitimar a experiência como fenômeno científico dotado de uma “fonte inesgotável de sentidos e possibilidades passíveis de análise” (DALTRO & FARIA, 2019, p.227).

Os relatos de experiência de trabalhadores de CAPS marcam a temporalidade do fenômeno, suas condições históricas, seus aspectos subjetivos e sua relação com as significações histórico-sociais. Sua legitimidade está na possibilidade de avanço e problematização da realidade estudada, propiciando novas construções de sentido e sendo terreno fértil para construções teóricas que agreguem sentido à realidade em questão (DALTRO & FARIA, 2019).

Tal ferramenta contempla a identidade descritiva, mas a ultrapassa na medida em que agrega processos e saberes de competências narrativas, interpretativas e compreensivas de determinado momento histórico. Os discursos são representações da realidade e demandam a leitura crítica dos aspectos presentes e de seus efeitos.

O processo descritivo e narrativo está, definitivamente, atravessado pelo olhar/leitura do pesquisador, ao tempo que o ato de compreender também está relacionado ao universo existencial, campo que não admite a produção de verdades unívocas. Pelo contrário, compreende a produção do conhecimento como processo, sempre polissêmico, que abrange a cultura (DALTRO & FARIA, 2019, p.229)

A fabricação social da realidade se torna mais nítida quando se observa o processo de institucionalização de algo enquanto problema social. Isso ocorre de duas maneiras: primeiro, o reconhecimento do problema, tornando-o visível, compreensível e mensurável; seguido de sua legitimação através da inserção do problema no campo das preocupações públicas que necessitam de uma solução emergencial (LENOIR, 1998).

Aqui, são reconhecidos dois problemas sociais. Primeiramente, a saúde mental como objeto de intervenção do Estado, juntamente às demandas dos movimentos sociais de melhores condições de tratamento e de equipamentos de saúde capazes de abarcar tais reivindicações, sendo a Reforma Psiquiátrica sua via de expressão máxima e a lei 10.216/2001 seu marco institucional de implementação (CAMPOS et al., 2020). Além disso, a pandemia da COVID-19 institucionalizada como problema social a partir do reconhecimento do Ministério da Saúde da transmissão comunitária⁷ no Brasil no dia 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020) junto da necessidade que impôs ao rearranjo da organização do SUS no âmbito da saúde mental e da resposta à emergência sanitária.

⁷ Ocorrência de casos em que não é possível rastrear a origem da infecção. No caso da COVID-19, foi decretada transmissão comunitária quando o vírus já circulava sem que as pessoas infectadas tivessem viajado ao exterior.

3.1 Escolha da amostra

Inicialmente, foram selecionados 33 artigos, dentre os quais 23 foram utilizados neste primeiro levantamento, seguindo os critérios de inclusão e exclusão expostos na tabela 1. Os dados extraídos dos materiais foram: título, autores, veículo de publicação, qualis, data de publicação, tipo de CAPS e localidade (município e estado) e as seguintes 6 categorias de análise: 1. Alteração de funcionamento; 2. Estratégias de manutenção de vínculo; 3. Difusão de práticas de prevenção ao COVID; 4. Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço; 5. Triagem para sintomas de COVID-19 e 6. Articulação com as redes de referência/contrarreferência.

Dos 23 artigos escolhidos, 19 foram utilizados como meio direto de extração dos dados e elaboração de categorias sobre os CAPS. Quatro foram mantidos como referências auxiliares à análise, sendo um relato sobre o acompanhamento remoto de usuários num ambulatório de saúde mental (PERDOSINI, DE MELO ALVES & MENEZE, 2021), um sobre a realização de grupos on-line de usuários e familiares (FERRARI, 2020) apresentado num webinar da ABRASME e duas revisões de literatura: uma revisão integrativa (DA SILVA et al., 2020) e uma revisão sistemática (LOPES et al, 2021). A escolha pela manutenção da leitura e da relevância dos achados em tais produções, mesmo que não respondam aos critérios específicos elencados na Tabela 1, dá-se em função do reforço que fazem às descobertas desta pesquisa, bem como atestam uma posição de um conhecimento comprometido com a problemática ante exposta.

O levantamento dos qualis revelou a predominância de revistas com avaliação da categoria B, com seis ocorrências de B2 e quatro de B4, além de duas ocorrências de B3 e duas de B1. Também se observa a presença de sete publicações em revistas desprovidas de classificação qualis, o que indica própria ausência de classificação ou a falta de atribuição dessa categoria de avaliação a esses periódicos. As avaliações qualis da categoria A, por outro lado, aparecem com menor frequência, com uma ocorrência de A1 e uma ocorrência de A3. Isso sugere que a maioria das publicações na categoria "relato de experiência" da amostra deste trabalho está publicada em veículos com classificações consideradas mais baixas.

Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Estudos do tipo relato de experiência	Estudos anteriores a 2020 e posteriores a 2022
Intervalo temporal entre 2020 e 2022	Resumos
Descrição ou listagem de atividades tendo a pandemia como questão central	Produções que não contemplem a pergunta-problema
Textos publicados na íntegra	
Textos sobre CAPS	

Fonte: a autora

Os relatos foram coletados a partir da pesquisa em diferentes bancos de dados: Scopus da Elsevier, a partir da plataforma de Periódicos CAPES - Acesso CAFe; Biblioteca Virtual em Saúde - BVS; PubMed; LitCovid e Google Acadêmico. A seleção foi realizada a partir da leitura dos resumos e palavras-chave. Também foi realizada consulta nos Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva ocorrido em 2022 no eixo temático número 05 “A pandemia de Covid-19 e seus legados” e na categoria “relato de experiência em Saúde Coletiva”. Há 250 trabalhos nessa categoria, sendo 2 (dois) relativos a CAPS. Os resultados das buscas nos bancos de dados estão expostos na Tabela 2.

Quadro 2 - Descritores e resultados

Descritores	Base	Resultado
relato de experiência AND centro de atenção psicossocial AND pandemia de covid-19	Scopus/Elsevier (Periódicos CAPES e Acesso CAFe)	N = 0
“centro de atenção psicossocial” AND “covid-	Biblioteca Virtual em Saúde - BVS	N = 1

19” AND “relato de experiência” / “centro de atenção psicossocial” AND “pandemia” AND “relato de experiência”		
“psychosocial care center” AND “experience report” AND “brazil”	LitCovid	N = 0
"relato de experiência", "centro de atenção psicossocial", "covid-19"	Google Acadêmico	N = 414

Fonte: a autora

O relato de experiência desempenha um papel tão significativo quanto os relatos de pesquisa nas disciplinas das ciências humanas e sociais em saúde, especialmente acerca das particularidades relacionadas à saúde mental dentro do contexto da saúde coletiva. Contudo, é notável uma escassa produção relativa a essa categoria em publicações científicas. Os relatos não produzem generalizações e sim apontamentos que permitem a fotografia de determinado momento a partir de um certo ângulo; neste trabalho, particularmente, dos trabalhadores, conduzindo uma interpretação que possibilita um olhar, um exame ou questionamento de âmbito científico daquilo que se vê.

Procura-se, nos relatos levantados, a forma como a pandemia da COVID-19 impacta os processos de trabalho em saúde, com os olhares da investigação em torno da forma como o território e o vínculo são acionados na resposta de cuidado. Localizar as tecnologias empregadas, portanto, diz não somente dos procedimentos utilizados, mas também da oferta de um vínculo a nível mais profundo. Embora o contato com tais falas não seja da ordem pessoal ou presencial, é preciso estar atento à forma como o pesquisador se apropria de tais construções. Becker (1977) ressalta a necessidade de vigilância sobre a hierarquia entre os indivíduos pesquisados e reafirma um compromisso com os que são colocados como subalternos no mundo social. A posição que o pesquisador assume sobre o campo é determinante para o conteúdo proveniente da investigação realizada.

Sendo a pandemia um evento histórico de forte ruptura com as diversas formas de vida e organização social vigentes, o acesso às produções que relatam determinado momento é também uma via de acesso ao registro, de testemunho de um momento vivido, que não esgota as possibilidades de significação, mas dá pistas sobre o que práticas, grupos e procedimentos são priorizados ou marginalizados. Dessa forma, é preciso confrontar as hipóteses pré-estabelecidas e os vieses existentes com o material fornecido pelo campo, mantendo o processo de reelaboração de hipóteses sempre constante e posto à prova (BECKER, 1977).

A natureza dos problemas metodológicos está intrinsecamente ligada à dinâmica das relações entre pesquisadores e os indivíduos estudados, bem como entre as diferentes categorias de pesquisadores no processo de produção de resultados. O observador pode inicialmente identificar um fenômeno extremamente específico e, posteriormente, reconhecer que esse fenômeno pode ser empregado como um indicador de uma classe mais ampla de fenômenos. Por outro lado, o observador pode começar com o contexto de um problema mais abrangente em mente e, a partir desse ponto de partida, procurar indicadores específicos que possam ser incorporados em seu estudo (BECKER, 1993).

Seja ao estabelecer problemas, escolher conceitos ou indicadores, a tarefa da pesquisa consiste em empregar seus dados exclusivamente para contemplar possibilidades. Dessa forma, a metodologia aqui adotada responde à tarefa de “tentar tornar as bases destes julgamentos tão explícitas quanto possível, de modo que outros possam chegar a suas próprias conclusões” (BECKER, 1993, p.21) e também do uso da “capacidade de fazer uso imaginativo da experiência pessoal e a própria qualidade da experiência pessoal” (p.45) no processo de elaboração de hipóteses, análises e resultados.

3.2 Resultados

Os relatos coletados abrangem todo o país e são provenientes de diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Eles destacam diversos fatores, como a importância da abordagem interdisciplinar no cuidado, a realização de grupos e oficinas que distinguem e tornam únicos os CAPS, assim como o modelo de funcionamento centrado na atenção às crises e na compreensão das múltiplas dimensões que uma crise pode assumir - seja ela de natureza sanitária, psicológica ou emergencial. Quais são as emergências que se manifestam durante uma pandemia? Há evidências mais do que suficientes para se sustentar que o quadro se expande

para além da desordem psíquica, acarretando também num aprofundamento de desigualdades já existentes.

Devemos também analisar como o isolamento domiciliar e o distanciamento físico, que não são sinônimos, são concebidos e implementados. Além disso, a falta de acessibilidade tecnológica se apresenta como um desafio significativo no contexto do cuidado, inclusive para profissionais que não têm acesso aos equipamentos necessários no ambiente de trabalho e precisam usar seus próprios dispositivos (celulares, tablets e computadores) para desempenhar suas funções. Isso representa não apenas um investimento pessoal, mas também uma preocupação material tangível, algo que eu mesmo experimentei quando estive em um CAPS. A dimensão relacional e suas possibilidades de ocorrência permeiam esse cotidiano, marcado pelo acionamento de recursos como o telefone para manter vínculos, mesmo antes da pandemia.

Outro ponto de reflexão diz respeito às atribuições dos CAPS e o modelo curativo frente a um modelo de prevenção e promoção em saúde mental. Uma pergunta que se desdobra dessa questão é: qual é a esfera de cuidado em saúde mental por excelência? Seria ela a individualização e privatização das práticas em saúde mental por meio da ambulatorização do cuidado? Estariam as práticas de cuidado em saúde mental restritas à dimensão psiquiátrica e psicoterápica em detrimento de uma abordagem conforme os determinantes sociais da saúde, o cuidado em liberdade garantindo a cidadania e pautado na garantia de redes e territórios existenciais? Nesse contexto, onde o direito à saúde assegurado pela Constituição de 1988⁸ e pela Lei Orgânica da Saúde⁹ e majoritariamente construído com práticas presenciais entra em choque com as necessidades do distanciamento e do isolamento social, de que forma aparecem as possibilidades de vínculo que podem prescindir, momentaneamente, do espaço físico dos serviços, como contatos telefônicos, visitas domiciliares e buscas ativas?

Este estudo registrou as ocorrências de 1 (um) CAPS I, 10 (dez) CAPS II, 1 (um) CAPS AD, 3 (três) CAPS AD III, 3 (três) CAPSi e 2 (dois) CAPS não especificados. Dois CAPS na região Norte do país (Tocantins), quatro no Nordeste (Bahia e Rio Grande do Norte), oito na região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul), quatro no Sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas

⁸ “Art. 196. A saúde é direito de todos e 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)

⁹ “Art. 2º parágrafo 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1990)

Gerais) e um no Centro-Oeste (Distrito Federal). Todas as modalidades de CAPS e regiões do país foram contempladas por essa amostra.

As práticas desenvolvidas nesses dispositivos de cuidado foram sistematizadas com base nas seguintes categorias: 1 - Alteração de funcionamento; 2 - Estratégias de manutenção de vínculo; 3 - Difusão de práticas de prevenção ao Covid; 4 - Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço; 5 - Articulação/redes de referência e contrarreferência; 6 – Triagem para sintomas de COVID-19. Essas categorias foram elaboradas com o objetivo de descrever o contexto operacional dos serviços durante a pandemia de COVID-19, particularmente as atividades promovidas pelos profissionais durante a crise de saúde, e para coletar elementos que permitam analisar os possíveis impactos na assistência e vínculo. A elaboração de tais chaves analíticas se ancora na em Becker (1993):

estudar os métodos de fazer pesquisa sociológica, de analisar o que pode ser descoberto através delas e o grau de confiabilidade do conhecimento assim adquirido, e de tentar aperfeiçoar estes métodos através da investigação fundamentada e da crítica de suas propriedades (p.18)

3.2.1 Alteração de funcionamento

Entre as alterações de funcionamento, a prática mais citada é a da suspensão de atividades grupais e coletivas, com 12 (doze) ocorrências nos relatos. Um dos relatos (UALISON et al., 2021) descreve a suspensão completa do funcionamento do próprio serviço durante o período de cinco meses, entre março e agosto de 2020. Prevalcem as medidas que visam a diminuição do fluxo de pessoas na unidade, listadas como manutenção presencial de atendimentos a usuários em crise ou considerados em grave condição mental, manutenção presencial de consultas individuais médicas e de enfermagem e da dispensação de medicamentos, redução da circulação de pessoas consideradas grupo de risco e priorização de atendimentos individuais ou de forma remota.

A ênfase na comunicação à distância é presente tanto nas atividades com os usuários como na própria gestão do cotidiano de trabalho da equipe, com reuniões de acompanhamento por videoconferência, comunicação por meios eletrônicos e realização de atendimentos individuais em locais com distanciamento social e circulação de ar. Outras práticas mencionadas incluíram o funcionamento seguindo atenção à crise e a realização de atividades e atendimentos em espaços externos. Atendimentos considerados eletivos foram cancelados.

Foram mantidas presencialmente a realização de consultas especializadas de enfermagem, psiquiatria e psicologia e a dispensação de medicamentos. A suspensão de

atividades e atendimentos presenciais, territoriais e domiciliares também são descritas em parte dos relatos, redução e mesmo a suspensão dos acolhimentos noturnos no CAPS AD III e a recusa ao acolhimento de usuários sintomáticos na unidade.

As orientações sanitárias da OMS durante a pandemia de COVID-19 destacam a importância do distanciamento físico, não social. No que se refere ao efeito específico dessa recomendação na rotina dos CAPS, observa-se que algumas atividades presenciais foram interrompidas, enquanto outras foram mantidas. Grupos e oficinas, que normalmente envolvem mais de duas pessoas, foram frequentemente identificados como atividades suspensas nos CAPS. Por outro lado, consultas e a dispensação de medicamentos, que geralmente envolvem menos pessoas, continuaram em funcionamento.

Os achados desta categoria podem ser divididos em duas grandes chaves. Primeiramente, a preocupação dos serviços com a implementação e manutenção das medidas de isolamento e distanciamento nas unidades, com significativa redução de usuários nas unidades e priorização de procedimentos individuais e suspensão (temporária ou permanente) das atividades grupais e coletivas. Em seguida, a redução da oferta de atividades presenciais que pode ter tido como resultado a ambulatorização do cuidado, a desassistência ou o seu oposto radical: a criação de redes assistenciais que não demandam presença física, ponto que ficará mais claro a partir da sistematização do próximo tópico de análise: estratégias de manutenção de vínculo.

3.2.2 Estratégias de manutenção de vínculo

As estratégias de manutenção de vínculo encontradas são diversas e, assim como a suspensão das atividades grupais e coletivas foi a prática mais encontrada nas alterações de funcionamento dos CAPS, aqui a sua alternativa se concretizou como maioria: os esforços empreendidos se deram na direção de atendimentos e acompanhamentos remotos em suas distintas formulações e objetivos. Grupos online, realizados por videoconferências e pelo contato intensivo em grupos de WhatsApp, e acompanhamento telefônico são as formas prioritárias de contato nessa modalidade. O registro de revezamento entre atendimentos presenciais e remotos e a manutenção parcial dos atendimentos presenciais, ambos em regime individual, também é uma realidade encontrada.

A figura do telefone é bem marcada, seja pelo acompanhamento, atendimentos ou atividades, pelos plantões ou pela busca ativa telefonada. Busca ativa, visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico formam uma tríade de ações citadas pelos CAPS que alteram

parte do ordenamento do cuidado: na impossibilidade do usuário ir até o serviço, busca-se ir até ele. As articulações intersetoriais também aparecem neste tópico como uma forte estratégia de manutenção de vínculo e será mais elaborada nos parágrafos adiante dentro do que classificamos como articulações e redes de referência/contrarreferência.

Uma variedade de práticas foi delineada, e algumas delas se repetem. Entre essas práticas, destacam-se teleatendimentos, com 3 (três) ocorrências, e a dispensação de medicamentos, também mencionada 3 (três) vezes. A realização de grupos online aparece em 4 (quatro) dos relatos.

Outras práticas que aparecem no texto incluem a priorização de atendimentos aos casos graves e crises relacionadas ao uso abusivo de drogas e aos episódios de tentativas de autoextermínio, classificação do nível de gravidade dos usuários em intensivos, semi intensivos e não intensivos, avaliação e adiantamento de consultas médicas agendadas, contato telefônico para antecipar a ida ao CAPS, levantamento e acompanhamento dos usuários que fazem uso de medicação injetável de depósito, dispensação medicamentosa quinzenal ou semanal segundo o nível de organização do sujeito e sua rede de suporte, a articulação territorial, acompanhamento telefônico intensivo, apoio e aconselhamento on-line às famílias, orientação presencial em regime individual.

No âmbito do CAPS infantil, cabe ressaltar a disponibilização de materiais informativos sobre o manejo de situações cotidianas e que pudessem servir de ferramenta para os responsáveis no cuidado aos usuários com TEA/TDAH, cards com atividades direcionadas às crianças com TEA e a realização de grupos online com adolescentes. Num âmbito generalista, também aparecem revezamentos entre atendimentos presenciais e remotos, a manutenção do CAPS em seu regime de portas abertas, levantamento de usuários que precisavam de atendimento presencial, visitas domiciliares, grupos e oficinas on-line com informações sobre o serviço e apoio aos usuários, manutenção presencial de algumas atividades específicas (no âmbito individual) e encaminhamentos e ações intersetoriais visando reduzir o impacto da interrupção abrupta dos atendimentos. Funcionamento em regime de atenção à crise, manejo de casos graves e manutenção dos PTS em curso.

Atendimento remoto individualizado, busca ativa telefonada, atendimentos remotos, monitoramento telefônico e atendimento on-line são algumas das nomeações de formas de cuidado à distância. Embora pareçam similares, não são sinônimas e exigem níveis de articulação tecnológica e manejo distintos. Questões relativas à dificuldade de inclusão digital são relatadas em três trabalhos: “outros grupos online não puderam ser desenvolvidos devido à dificuldade ou falta de acesso às plataformas digitais por parte da maioria dos usuários do

CAPS” (TUSI et al., 2021, p.2) e “observamos que o engajamento e interação por parte deles [usuários], por vezes, foram prejudicados devido ao fato de não terem acesso de qualidade às tecnologias de comunicação” (MULLER et al., 2021, p.60). Figel et al. (2021, p.124) conclui:

A utilização desses recursos mostrou vantagens e desvantagens. As vantagens se referem à possibilidade de manter o contato com os usuários, apesar do distanciamento social e isolamento, e garantir que aqueles em atendimento não presencial sejam acompanhados em suas necessidades. Entretanto, algumas desvantagens dizem respeito às dificuldades de acesso de usuários que não dispõem de conexão de internet satisfatória, ou de telefone. Além disso, alguns usuários têm baixa adesão a essas modalidades, muitas vezes por apresentarem dificuldades no uso desses equipamentos, ou em virtude da ausência de privacidade necessária na residência, que não permite falar abertamente sobre questões sigilosas ou de foro íntimo. Há também questões culturais, como viver em área rural e/ou não valorizar o uso de dispositivos tecnológicos, contribuindo para que esses usuários apresentem mais resistência a utilizar a tecnologia para atendimento de saúde, além de questões específicas de faixas etárias, como entre idosos.

As práticas desenvolvidas pelos CAPS durante a pandemia de COVID-19 podem envolver promoção, prevenção e recuperação da saúde mental, sendo que as estratégias de manutenção do vínculo parecem apontar para formas de cuidado de modo remoto, que ao mesmo tempo visam prevenir a contaminação pelo coronavírus e proteger os usuários de agravamentos psíquicos e possíveis crises durante a crise sanitária. A organização do cotidiano dos CAPS tem como base a intensidade do cuidado, de maneira que a distribuição dos usuários em atividades diárias, semanais e mensais está ligada a uma avaliação do grau de intensidade necessária para lidar com a gravidade do sofrimento apresentado pelo usuário. O que os relatos de experiência ilustram é uma prática de cuidado voltada para casos mais graves nos quais a estratégia de manutenção do vínculo é mantê-los em casa e com assistência psicossocial, ou seja, atender a recomendação sanitária de isolamento domiciliar e distanciamento físico. Isso não quer dizer distanciamento social, já que tecnologias de comunicação tradicionais – telefone – e contemporâneas – aplicativos no celular – são amplamente acionadas para que tais casos graves sejam acompanhados. Além disso, essas práticas de cuidado relevadas pelos relatos de experiência podem ser consideradas tecnologias leve-duras (FRANCO & MERHY, 2012), já que apontam para saberes psicológicos que indicam a necessidade de manutenção dos vínculos para sustentar a relação terapêutica em tempos de pandemia de COVID-19.

3.2.3 Difusão de práticas de prevenção ao COVID

Convém registrar o infortúnio do registro de oferta de máscaras cirúrgicas e de acetato aos trabalhadores da unidade. Nenhum CAPS cita ações mais específicas ou oferta de máscaras

aos usuários. No contexto de um Brasil negacionista da pandemia, parece emblemática a imagem de oferta de máscaras comprovadamente ineficazes, como as de acetato, num movimento de exposição ao vírus sem EPIs adequados tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

No que tange às práticas de prevenção à Covid, aparecem experiências escassas e espaçadas, menos direcionadas. Ações de educação em saúde são as práticas mais citadas nesse contexto, visando a conscientização sobre medidas de prevenção, uso de máscaras e posteriormente sobre a importância da vacinação. Um relato cita a restrição da circulação de pessoas na unidade como uma prática nesse sentido, embora ela pareça ser uma consequência das alterações de funcionamento elencadas anteriormente. A testagem foi realizada por apenas um dos CAPS citados.

Um dos CAPS III relata experiências que valem atenção especial: o distanciamento entre leitos, com redução da capacidade de usuários na unidade, e o manejo de práticas de cuidado durante o pernoite como parte do PTS, orientando os usuários sobre higiene e distanciamento (MATTOSO et al., 2022). Importante ressaltar como a realidade dessa especificidade de modalidade de CAPS, em função da permanência dos usuários no serviço e de seu funcionamento 24h, apresenta mais riscos de infecção e transmissibilidade entre os trabalhadores e usuários.

3.2.4 Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço

Uma hipótese levantada sugeria que os CAPS estariam em função de novas vinculações, tendo em vista o adoecimento decorrente da pandemia em determinadas camadas que não chegariam ao serviço em condições menos adversas a nível coletivo. No entanto, as informações coletadas nos relatos revelam que, em vez disso, os CAPS estão focados na manutenção de vínculos já estabelecidos e nas tentativas, bem-sucedidas ou não, de criar um espaço de apoio que transcenda o presencial, uma vez que as restrições sanitárias exigem a suspensão das atividades físicas. Foram identificadas as seguintes práticas: acolhimento por telefone às demandas de sofrimento psíquico de pessoas que testaram positivo para COVID-19 e seus familiares (mencionada uma vez), manutenção dos acolhimentos (mencionada quatro vezes), situações leves manejadas pela ESF, urgências e emergências psiquiátricas pelo SAMU e ambulatório, respectivamente, garantindo a primeira consulta equivalente ao acolhimento do CAPS (mencionada uma vez), plantão telefônico com uma menção e três ocorrências de

manutenção de portas abertas, bem como a manutenção dos acolhimentos noturnos com duas aparições entre os CAPS III.

3.2.5 Articulação/redes de referência e contrarreferência

As dificuldades e falhas na rede de atendimento se tornam evidentes em vários aspectos: a contrarreferência para as demais redes é precária, comprometendo o fluxo de pacientes entre os serviços. Além disso, o matriciamento, que deveria fortalecer a integração entre os diversos pontos da rede, está comprometido. A ausência de NASFs sobrecarrega a rede, que enfrenta dificuldades para diferenciar padrões de uso abusivo de substâncias, quadros de dependência, situações de crise e o grau de comprometimento dos casos, bem como relatos de desassistência e de aumento a procura dos serviços de emergência, possivelmente hospitalares.

Há um certo destaque para mecanismos que não necessitam de aproximação física, com a suspensão de reuniões presenciais e promoção de discussões de caso por telefone. Informes foram enviados aos dispositivos da RAPS sobre o trabalho de triagem e as mudanças de funcionamento em curso. Um dos relatos ilustra tentativas de melhorar a comunicação e a atuação conjunta, com uma frente que visa sistematizar o processo de trabalho, melhorando o entendimento entre os diversos pontos da rede acerca do papel do serviço em questão.

Por outro lado, aparecem frentes de atuação que pensam o cuidado e fazem movimento contrário ao isolamento e encapsulamento, buscando abordagens que vão além do indivíduo, pensando nos determinantes sociais da saúde e nas condições de vida, bem como suas possibilidades de circulação pelo território e para além dos muros institucionais: recebimento de encaminhamentos da Atenção Básica de usuários com queixas de sofrimentos diversos, articulações com a rede intersetorial e aproximações com os órgãos públicos em reuniões de equipe. Também são relatadas articulações com a APS para garantir assistência aos que não conseguiam chegar aos serviços devido à paralisação do transporte público.

Outras ações incluem a articulação com o Centro POP, encaminhamento de usuários sintomáticos, cooperação de ONGs para fornecimento de itens de higiene e cestas básicas, referenciamento para tratamento na atenção primária e na atenção especializada, articulação para leitos integrais em hospitais gerais, encaminhamentos na rede de atenção à saúde e da assistência social, alta médica para pacientes hospitalizados estabilizados, articulação com as Clínicas da Família para dispensação de medicamentos e inclusão de todas as medicações em falta na lista de compra mensal, além da articulação com o CREAS para fornecimento de refeições, informações e inscrições no auxílio emergencial.

Cada uma dessas práticas representa um aspecto importante da gestão e do atendimento e elas não se repetem, de forma a evidenciar que as articulações entre serviços são complexas e variam conforme a oferta e possibilidade de cada território. A articulação em rede é o ponto menos homogêneo entre as práticas aqui listadas.

3.2.6 Triagem para sintomas de COVID-19

A prática da triagem aparece apenas em dois dos relatos citados. São dois CAPS II em questão: um cita a presença de profissional da enfermagem no acolhimento do serviço para a realização de triagem básica para síndrome gripal (BARBOSA et al., 2020) na própria unidade e outro menciona a triagem de sintomas de COVID para todos que compareceram ao serviço para atendimento presencial, com encaminhamento para testagem em unidade de saúde em caso de presença de sintomas (LONGONI, DA SILVA & CERON, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha da amostra não responde a uma especificidade de porte de CAPS, estado ou município, e pode se mostrar fragilizada se pretendida a produção de uma verdade sobre o cuidado, mas os resultados apontam para experiências similares, mesmo diante de cenários abrangentes, e um certo movimento que parece responder à algo próprio da produção científica, que é o diálogo entre as produções já pré-existentes, sobretudo num contexto de intensa disseminação de orientações acerca de como agir diante de tamanha emergência sanitária num mundo globalizado e hiperconectado. Muitos dos trabalhos se citam entre si, demarcando um lugar muito específico da produção de conhecimento durante tal período: o da urgência das medidas de contenção, seja do vírus ou do adoecimento psíquico decorrente da situação traumática que se impõe, seja a do compartilhamento e fortalecimento de práticas exitosas em curso, ou mesmo pela denúncia de irregularidades e inconsistências dos trabalhadores e da gestão.

O trabalho vivo, que se constitui em ato, “exige experimentações de novos modos de cuidar do sujeito, por uma disponibilidade de afetar e ser afetado, que pode estar em qualquer sujeito, espaço e saber, desde que se esteja à disposição para o encontro com o diferente” (BARBOSA et al., 2020, p.17). Para além das redes institucionais que já estão estabelecidas, a atenção psicossocial demanda nas redes vivas, produzidas no trabalho em ato. Dessa forma, os resultados também ressaltam a resignificação do termo tecnologia “ao ir além do simples instrumento aparelho para a tecnologia de cuidado relacional” (BARBOSA et al., 2020, p.18), utilizando-se de tecnologias físicas, materiais, como telefonemas e ligações de vídeo, para a garantia do encontro, do trabalho vivo e da dimensão relacional do cuidado.

No que pode ser entendido como tecnologias mais duras, aparece o escalonamento de gravidade dos casos e priorização dos atendimentos que contemplam um público de uso abusivo de drogas e aos episódios de tentativas de autoextermínio. A dispensação de medicamentos aparece tanto de forma mais genérica e não especificada, como também num regime que hierarquiza urgências e divide a distribuição em periodicidade quinzenal ou semanal segundo o nível de organização do sujeito e sua rede de suporte. Levantamento e acompanhamento de usuários que necessitam de medicação injetável e de depósito e avaliação visando o adiantamento de consultas médicas coroam o que parece ser uma perspectiva de atenção à crise pela via farmacológica.

A suspensão das atividades grupais é a ação mais comum entre os CAPS aqui listados. Com ela, também aparecem o monitoramento telefônico e acompanhamento virtual como estratégias das quais se lança mão, bem como o fato de que comumente as únicas atividades presenciais mantidas são de cunho individual. Seria possível concluir que o CAPS segue num processo de ambulatorização do cuidado já observado antes da pandemia? Dengo et al. (2020) responderia que sim, houve “priorização de ofertas ambulatoriais, ao adoecimento de profissionais e residentes e à fragilização de processos de trabalho” (p.82), assim como Sena et al. (2020) ressalta como os “desmontes do processo de reabilitação psicossocial têm reduzido os CAPS em unidades ambulatoriais” (p.718).

No âmbito do que eu classificaria como registro-denúncia, uma vez que permite tanto a demarcação das práticas realizadas em determinado período, como a denúncia de condições de trabalho precárias, aparecem questões que se interseccionam a partir das múltiplas realidades presentes no cenário jurídico-político (AMARANTE, 2001) brasileiro: as tentativas de desmonte das políticas de saúde mental a partir do paradigma psicossocial, as dificuldades concernentes ao próprio processo de substituição dos manicômios e a política negacionista de enfrentamento à pandemia em território nacional.

Todos os trabalhos analisados reafirmam a importância da atenção psicossocial e dos investimentos na lógica territorial articulada às demais redes de serviços e existência, mas alguns são perenes em sua denúncia do que foge às dificuldades cotidianas e próprias do trabalho em CAPS. Essa dimensão é encontrada em Sena et al. (2020), com a nota de que “o serviço foi fechado, e mesmo, tendo seu retorno 5 (cinco) meses depois, as atividades educativas permaneceram suspensas, sendo mantida apenas ações voltadas para o atendimento médico e a administração de medicamentos” e o relato da piora do quadro dos usuários, aumento da procura de serviços de emergência, agravamento de outras condições de saúde que não diretamente relacionadas ao adoecimento mental e situações de crise com manejo inadequado.

Santos et al. (2020) registram as impossibilidades de negociação da equipe de saúde mental mediante as demandas de trabalho que a pandemia impôs. A gestão municipal desencorajou o trabalho remoto e as unidades se mantiveram em funcionamento com seu corpo profissional completo, mesmo diante do alto nível de contágio e das condições específicas do corpo profissional em questão - idade, locomoção até o trabalho e demais condições que equiparavam a equipe ao risco de adoecimento. O CAPS em questão foi mantido em pleno funcionamento por ser entendido como um serviço da linha de frente, mas tal justificativa se mostrou uma faca de dois gumes, uma vez que quando se tratava de solicitar equipamentos,

testes rápidos e demais artefatos para monitoramento da saúde da equipe, a gestão negava justamente evocando a argumentação de que não eram linha de frente como hospitais e ambulatorios. As autoras ressaltam a eficácia e importância da assistência em saúde mental de forma remota, bem como traz a experiência de um artigo também citado neste levantamento como uma diretriz de trabalho (CRUZ et al., 2020).

Também é importante considerar a problemática associada à idealização dos profissionais de saúde como "heróis", que muitas vezes resulta na desumanização de suas condições de trabalho. A pandemia de COVID-19 expôs deficiências nos sistemas de saúde, como a falta de leitos, equipamentos de diagnóstico e tratamento, ausência de EPIs, bem como a lentidão no processo de vacinação, desde a compra de vacinas até a sua distribuição para a população geral e ausência de diretrizes mais eficazes sobre prevenção. Em suma, uma argumentação que desemboca em biopolítica e na forma como o Estado dita quem pode viver ou morrer (de fome, de COVID, seja como usuário ou trabalhador):

Esta temática apresenta-se como relevante ao analisarmos as relações de poder no campo da biopolítica brasileira, tanto no contexto microssocial como macrosocial. Percebemos as condições de (im)possibilidade de cuidado à saúde do trabalhador da saúde, que ao passo que é incumbido ao discurso do profissional como herói (diante de certas apropriações de um modo de fazer saúde) é capturado subjetivamente em direção à noção de sacrifício como parte de sua obrigação e zelo pela profissão. Reivindicar estratégias de cuidado ao trabalhador torna-se, assim, fonte de estigma no processo de trabalho, mas também de resistência, nesse caso através da *escrita de experiência localmente situada enquanto endereçamentos que denunciam circunstâncias de um estado de exceção que atinge tanto usuários de saúde como trabalhadores em todos os níveis de atenção em saúde*. (SANTOS et al., 2020, p.55, grifo meu)

A atenção primária e assistência social são as redes acionadas por excelência quando o trabalho intersetorial se faz presente, com um registro de articulação com o SAMU em caso de urgência subjetiva; não há dados sobre internação e crises agudas que demandam tecnologias dessa ordem. Em meio a emergências, desastres e imprevisibilidades, a capacidade de "fazer o que dá conta" se torna uma constante preocupação. Durante a pandemia, essa abordagem se estendeu ao olhar para a perspectiva dos trabalhadores da área de saúde mental, com as condições de trabalho sendo ponto inescapável das produções. A pandemia trouxe desafios adicionais para esses profissionais, e as implicações disso não podem ser negligenciadas.

O cuidado em saúde mental se concretiza na relação entre o usuário e o trabalhador e a pandemia tornou essa dimensão do cuidado relacional mais complexa. A presença física não se fazia possível, tampouco desejada frente ao risco de contaminação, então, a criação de instrumentos de contato virtual tornou-se emergencial e a inclusão digital se tornou um fator crítico. O telefone se destacou como uma via de acesso para aqueles que não tinham acesso à

tecnologia, mesmo sendo um objeto cuja aplicação é essencial desde antes dos desafios impostos pela pandemia e pelo distanciamento, e as atividades grupais e coletivas foram suspensas ou migraram para o ambiente online, viabilizadas por aplicativos de mensagens instantâneas e videoconferências e mediadas pelo acesso à internet.

O título original deste trabalho levantava a hipótese de "encapsulados, isolados ou confinados". Esperava-se que as produções acessassem a dimensão dos usuários atendidos pelos serviços e das pessoas que, mesmo não vinculadas a alguma unidade, esboçassem sintomas de adoecimento psíquico decorrentes da pandemia, traçando certas tônicas do adoecimento e das maiores queixas. O referencial teórico escolhido buscava responder a esse triplo questionamento (encapsulados, isolados ou confinados), mas nenhuma dessas hipóteses se concretizou. Os relatos mostraram o lado dos trabalhadores, do cansaço e da política de morte até as suas capacidades inventivas frente ao desconhecido. "Entre o registro e a denúncia" emergiu como uma alternativa de título mais adequada às descobertas, abrangendo os elementos essenciais dos relatos.

Em que medida o fornecimento de EPIs apenas às equipes se deu em função de desassistência política e diminuição da urgência sanitária motivada por governos negacionistas e não pelo entendimento de que os usuários não seriam capazes de medidas de prevenção e autocuidado uma vez que são vistos como cronificados e incapazes? A triagem, conforme relatada, levanta perguntas: as unidades de saúde mental não esperavam a presença dos usuários? Estavam articuladas com a rede para realizar essa triagem? Como um serviço de saúde, com vínculos duradouros e consultas periódicas, muitas vezes diárias, não se incumbiu da tarefa de prevenção?

A desinstitucionalização, em princípio, é vista como uma possibilidade de alteração das práticas institucionais em saúde mental, mas não se confunde com desassistência e a descapitalização da rede, e demanda uma constante avaliação sobre os saberes e imaginários em torno da loucura. A instituição em questão não é a loucura, mas o manicômio e a forma como se atualiza em práticas e abordagens sobre a saúde e a doença que desembocam em tratamento e cuidado.

a liberdade só é terapêutica se não significa deixar as pessoas só. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais (ROTELLI, 2008, p.41)

Os referenciais teóricos adotados, que trazem a perspectiva histórica do confinamento e comparação entre o dispositivo da peste e o dispositivo da lepra, oferecem ferramentas

interessantes para a análise de como epidemias engendram modos de governança e controle do espaço social. O dispositivo da peste é ilustrativo da estatização do controle e da vigilância em nome da saúde e de uma determinada ordem social, enquanto o dispositivo da lepra adotava uma abordagem que se concentrava na exclusão e isolando os afetados para proteger os saudáveis. A análise desses dispositivos de saúde mostra como suas influências históricas ainda estão presentes na resposta a eventos sanitários, incluindo a pandemia de COVID-19. A dicotomia entre vida e economia, entre quem pode viver e morrer, em que interesses de mercado prevalecem sobre a saúde pública, reflete a disputa entre diferentes abordagens na gestão de crises e na própria concepção da assistência à saúde, sobretudo no público-alvo dos CAPS: usuários muitas vezes egressos de hospitais psiquiátricos e longas internações, com histórico de estigma e violações de direitos que são produtoras diretas de exclusão e vulnerabilidade.

O trabalho vivo em ato, com sua capacidade de criar novos arranjos para os atos produtivos em saúde, tornou-se um elemento-chave na adaptação às mudanças impostas pela pandemia, enquanto a resposta articulada com e pensada nos territórios enfatiza a recomendação de que as medidas mais eficazes de mitigação do vírus são as medidas não farmacológicas e uma visão ampliada de saúde, que leva em consideração o território, o contexto, as vivências de cada população e os determinantes sociais da saúde. A capilaridade das redes de cada território desempenha um papel importante na redução da exposição ao vírus, do adoecimento e das taxas de mortalidade, bem como na prevenção de problemas de saúde mental. A resposta à pandemia e a produção do cuidado tiram muito proveito da abordagem centrada no território e nas relações, explicitada neste trabalho também a partir da noção de cuidados de proximidade.

Os trabalhadores de saúde foram a linha de frente da pandemia e desempenharam um papel crucial na proteção da vida em meio à sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura e EPIs adequados, expostos ao risco de adoecimento físico e mental e à própria morte, num cenário político complicado em que a ciência foi negligenciada. A pandemia custou a vida de mais de 700 mil brasileiros, muitas delas evitáveis se as medidas cabíveis houvessem sido tomadas. Ainda assim, as trincheiras da saúde não se viram esvaziadas de seu compromisso com o bem-estar e a vida. Em editorial da revista *Ciência & Saúde Coletiva* (2023), o presidente Lula assina:

O SUS é uma conquista democrática e um exemplo para o mundo, seja pelo seu gigantismo, pela sua organização federativa ou pela sua capacidade de atendimento. Nossa regulação de saúde, assim como nossa regulação trabalhista, é sólida e eficiente. E temos uma sociedade civil forte e organizada, capaz de defender os direitos das categorias profissionais. Contamos, também, com a ciência. Com pesquisadoras e pesquisadores gerando e **registrando** o conhecimento, como o que está presente nesta revista. Conhecimento que nos ajudará a saber o que fazer para sempre garantir que todos - inclusive os profissionais da área - possam exercer seu direito à saúde (grifo meu).

Esperamos que as elaborações deste trabalho sejam capazes de ampliar o que foi possível de ser realizado diante do vírus, do desamparo, do negacionismo e do desconhecido. O reconhecimento do trabalho em saúde passa pelas esferas da construção dos serviços, dos processos de trabalho e pelo o que se mostra entre, na relação: os usuários atendidos. Ampliar suas vozes, atentar-se aos erros e não repeti-los são as tarefas mais urgentes na reconstrução do mundo pós-pandemia.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, Daniela. A Luta antimanicomial nos governos democrático-populares: contribuições para um balanço a realizar. Em Pauta – Teoria Social & Realidade Contemporânea, Rio de Janeiro, p. 49 - 64, n. 49, v. 20, jan./jun., 2022.
- AMARANTE, Paulo (Ed.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.
- BARBOSA, Anália da S. et al. Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19. Brazilian Journal of Health and Biomedical Sciences, v. 19, n. 1, p. 11-19, 2020.
- BECKER, Howard S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 1993.
- BIRMAN, Joel. O trauma na pandemia do Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2021.
- BRASIL. 2001. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>
- BRASIL. 2011. PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>
- BRASIL. 2017. PORTARIA Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>
- BRASIL. 2019. NOTA TÉCNICA Nº 11/2019-CGMAD/ DAPES/SAS/MS. Disponível em: <<https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. OPAS: Brasília, nov. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2019. Brasília: 2020b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_ministerio_saude_2019.pdf>
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007.
- CALDAS DE ALMEIDA, J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519, 2019.

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CRUZ, Náira Menezes Luz Vasconcelos et al. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. APS em Revista, v. 2, n. 2, p. 97-105, 2020.

DA SILVA, Luís Inácio. Aprender com a pandemia – e não repetir os erros. Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 10, 2023.

DA SILVA, Jéssica Batista et al. Assistência em saúde mental em um CAPS em tempos de Covid-19: revisão integrativa da literatura Mental health care in a CAPS during Covid-19: integrative literature. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 3, p. 18864-18874, 2022.

DA SILVA, Millena Raianny Xavier et al. " JORNAL DIVERSUS": UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA. Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências-RIEC| ISSN: 2595-0959|, v. 3, n. 3, 2020.

DE ARAÚJO¹, Areta Muniz; DE AZEVEDO, Ana Raquel Dantas; DE AZEVEDO, Valéria Dantas. REINVENTANDO O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS III DE CAICÓ EM TEMPOS DE PANDEMIA.

DE CARVALHO, Patricia Anjos Lima et al. Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência.

DE OLIVEIRA KALLAS, Anna Laura et al. Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência. Vínculo-Revista do NESME, v. 19, n. 2, p. 254-263, 2022.

DENGO, Aline Maria; NASCIMENTO, Ana Carolina Peixoto; FEITOSA, Ramidh Fonseca. A PERSPECTIVA DOS RESIDENTES EM RELAÇÃO À OFERTA DE ATENDIMENTO DO CAPS AD III DA CIDADE DE PALMAS-TO NO PERÍODO DE PANDEMIA POR COVID-19. POLÊM! CA, v. 21, n. 3, p. 067-086, 2021.

DESINSTITUTE. 2023. Revogação da Portaria no 3.588/2017 é celebrada durante Seminário Latino-Americano de Direitos Humanos e Saúde Mental. Desinstitute. Disponível em: <<https://desinstitute.org.br/noticias/revogacao-da-portaria-no-3-588-2017-e-celebrada-durante-seminario-latino-americano-de-direitos-humanos-e-saude-mental/>>. Acesso em: 20 out. 2023.

DOS SANTOS, Helen Barbosa; PAZ, Fernanda Marques; DAL MOLIN, Fabio. De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de covid. PSI UNISC, v. 5, n. 2, p. 47-58, 2021.

FIGEL, Flávia Caroline et al. Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19. Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 3, n. Supl., 2020.

Fiocruz. Qual a diferença entre isolamento vertical, horizontal e lockdown? Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pergunta/qual-diferenca-entre-isolamento-vertical-horizontal-e-lockdown>>. Acesso em: 20 de setembro de 2023.

FONSECA, Renata Priscila Oliveira et al. Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal. Health Residencies Journal-HRJ, v. 1, n. 1, p. 48-64, 2020.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A concepção de território na Saúde Mental. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, 2016.

GOMIDE, Alexandre de Ávila et al. Desmonte e reconfiguração de políticas públicas (2016-2022). 2023.

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Abrasão 2022: expõe linha do tempo da pandemia de COVID-19. Disponível em: <<http://www.isc.ufba.br/abrascao-2022-expoe-linha-do-tempo-da-pandemia-de-covid-19/>>. Acesso em: 12/09/2023.

LANCETTI, Antônio, e AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec, 2006, (pp. 615-635).

LIMA, Antonella Cabrini de; CASTAN, Juliana Unis. Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo por teleatendimento em um centro de atenção psicossocial. Cadernos de ensino e pesquisa em saúde. Porto Alegre. Vol. 2, n. 1 (2022), p. 204-207., 2022.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. Saúde em debate, v. 38, p. 593-606, 2014.

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290101, 2019.

LONGONI, Nathalia; DA SILVA, Francine Moraes; CERON, Leandro Baptista. Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia. Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, v. 12, n. 38, p. 393-399, 2022.

LOPES, Livia et al. O cuidado em saúde mental no centro de atenção psicossocial (CAPS) em tempos de Covid-19: revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 10, n. 11, p. e174101119516-e174101119516, 2021.

MACHADO, Maria Leticia; FREITAS, Rebeca. O primeiro ano de pandemia no Brasil em 43 eventos. Nexo Jornal, 2021. Disponível em: <<https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2021/O-primeiro-ano-de-pandemia-no-Brasil-em-43-eventos>>. Acesso em: 12/09/2023.

MAGRINI, Juliana Motta; HOMERCHER, Bibiana Massem; VIEIRA, Mariéle Vargas. O Impacto Da Pandemia Covid-19 Em Um Serviço De Saúde Mental De Atenção Psicossocial Infantojuvenil. Anais do V SERPINF e III SENPINF ISBN, p. 978-65, 2021.

Manifesto de Bauru (1987). InSURgência: revista de direitos e movimentos sociais, Brasília, v. 3, n. 2.

MATTOSO, Beatriz Guedes; DA SILVATEIXEIRA, Júlia Magna; DE ALMEIDA, Sabrina Rodrigues. Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência. HU Revista, v. 48, p. 1-5, 2022.

MINAYO, M. C. S. (2006). O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde (9ª edição revista e aprimorada). São Paulo: Hucitec.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (COE-nCoV). Especial: doença pelo Coronavírus 2019. Boletim Epidemiológico, Brasília, DF; 6 Abr 2020 [citado em 13 Jan 2022]; 7:1-28. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Boletim-07-MS-06-04-2020.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: Covid-19, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022 [versão 4, citado em 13 Jan 2022]. 134 f. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>>. Acesso em: 20 de setembro de 2023.

MÜLLER, Ana Cláudia; BERWALDT, Daiane Schellin; SARAIVA, Vanessa Kraskin. Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade. Saberes Plurais: Educação na Saúde, v. 5, n. 2, p. 51-62, 2021.

NICÁCIO, M. F. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas; 2002.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, p. e00156119, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Mental health in primary care: illusion or inclusion? Geneva: WHO, 2018a. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Geneva: OMS, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course guide. [s.l.] Geneva: WHO, 2019c. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329577>>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. Washington: OPS, 2013. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51593>>.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). OMS declara fim da emergência de saúde pública de importância internacional referente à COVID-19. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>>. Acesso em: 02/09/2023.

PAIM, J. S. (2018). A reforma sanitária brasileira e a saúde coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. In: VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria. (Ed.), O Campo da Saúde Coletiva (pp. 191-223). Editora Fiocruz.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 21, p. 15-36, 2014.

PASSARINHO, José Guilherme Nogueira. Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022.

PERDONSSINI, Bárbara Trentin; DE MELO ALVES, Moisés José; MENEZES, Jessica Mabel Soares Teixeira. INVENTANDO UMA CLÍNICA POSSÍVEL: acompanhamento remoto de usuários de saúde mental na pandemia de Covid-19. Revista de Políticas Públicas, v. 25, n. 1, p. 167-181, 2021.

PIZZINATO, Adolfo et al. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19. 2020.

PICOLLI, Ana Clara Gomes; DE CARVALHO, Matheus Yoku Marques. Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos. JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 12, n. spec, p. 1-2, 2020.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (Org.). Saúde mental: formação e crítica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Relações do cotidiano: a pessoa com transtorno mental e sua rede de suporte social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 21, n. 2, p. 561–579, 2011.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, p. e200379, 2020.

SENA, Ualison Oliveira et al. Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante pandemia de COVID-19. Conjecturas, v. 21, n. 3, p. 711-724, 2021.

TAVARES, Andressa Ayres; DE ALMEIDA FERREIRA, Jacqueline Jhennysser; DO NASCIMENTO, Ana Carolina Peixoto. O QUE SE ENTENDE POR ACOLHIMENTO NOTURNO PELA EQUIPE DO CAPS AD III DE PALMAS/TO: RELATO DE EXPERIÊNCIA. Humanidades & Inovação, v. 9, n. 11, p. 308-316, 2022.

TUSI, Vitória Noronha; DRESCH, Thielle; FINKLER, Lirene. RELATO DE ESTÁGIO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM MEIO À PANDEMIA DE COVID-19: COMO FUNCIONA UM CAPS COM RESTRIÇÃO DE ATIVIDADES?. In: Congresso Internacional em Saúde. 2021.

WILDER-SMITH, Annelies; FREEDMAN, David O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of travel medicine*, v. 27, n. 2, p. taaa020, 2020.

APÊNDICE A - CRONOLOGIA DA PANDEMIA

O ANO DE 2019

Dezembro de 2019: Os primeiros casos de uma pneumonia de causa desconhecida são identificados em Wuhan, China e alertados à OMS.

O ANO DE 2020

Janeiro:

07 de janeiro de 2020: O vírus é identificado como um novo tipo de coronavírus.

11 de janeiro de 2020: A China relata a primeira morte por COVID-19.

31 de janeiro de 2020: A OMS declara a COVID-19 uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional.

Fevereiro:

26 de fevereiro de 2020: identificado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil na cidade de São Paulo, um homem de 61 anos que havia retornado da região da Lombardia, na Itália.

Março:

11 de março de 2020: A OMS altera o status de emergência de saúde pública de importância internacional da COVID-19 para pandemia.

12 de março: primeira morte pela doença no Brasil na cidade de São Paulo, de uma mulher de 57 anos.

24 de março de 2020: a célebre frase “é só uma gripezinha”, que viria a marcar a postura negacionista do Ministério da Saúde e da presidência da República diante da pandemia, é proferida pelo então presidente Jair Bolsonaro.

Abril:

16 de abril de 2020: demissão do então ministro da saúde Luiz Henrique Mandetta, que numa entrevista coletiva defendeu o isolamento social horizontal (para todos), posição conflituosa à da presidência, que defendia um isolamento social vertical (somente para idosos e grupos considerados de risco à infecção).

Maio:

5 de maio de 2020: todos os estados brasileiros decretaram obrigatoriedade do uso de máscara em lugares públicos.

9 de maio de 2020: Brasil atinge a marca de 10 mil mortos pela doença.

15 de maio de 2020: saída de Nelson Teich, ministro da saúde que assumiu o cargo após a demissão de Mandetta, por discordar do protocolo sem eficácia científica da administração de cloroquina e hidroxicloroquina para casos leves e por conflitos sobre a necessidade da medida de distanciamento social. Assume, como interino, o general Eduardo Pazuello.

Junho:

20 de junho de 2020: aprovado o uso emergencial da vacina Oxford/AstraZeneca.

27 de junho de 2020: cooperação Fiocruz-Astrazeneca para transferência tecnológica para produção local da vacina.

Julho:

3 de julho de 2020: o então presidente Bolsonaro abranda a lei sobre obrigatoriedade do uso de máscaras.

25 de julho de 2020: pico da primeira onda de contaminação no Brasil.

29 de julho de 2020: registro de 1.595 mortes em 24 horas.

Agosto:

8 de agosto de 2020: 100 mil mortes, 3 milhões de infectados e o Brasil no segundo lugar do ranking mundial de casos e óbitos, atrás apenas dos Estados Unidos (4,9 milhões de infectados e 161 mil mortos).

12 de agosto de 2020: o Tribunal de Contas da União estabelece o prazo de 15 dias para apresentação de plano de aquisição, produção e distribuição de doses de vacina pela Casa Civil da Presidência da República.

Setembro:

16 de setembro de 2020: Eduardo Pazuello toma posse como ministro da saúde.

18 de setembro de 2020: Brasil adere ao plano COVAX Facility, iniciativa da OMS para acelerar o desenvolvimento e a fabricação de vacinas a partir da distribuição de recursos de forma igualitária entre os países integrantes.

Outubro:

28 de outubro de 2020: boletim epidemiológico do Ministério da Saúde registra queda de 25% no número de óbitos.

Novembro:

15 de novembro de 2020: segunda onda de contaminações no país com crescimento do número de pessoas internadas com complicações respiratórias graves.

24 de novembro de 2020: STF pressiona o governo a apresentar o Plano Nacional de Vacinação.

Dezembro:

10 de dezembro de 2020: Anvisa flexibiliza regras para autorização temporária do uso emergencial em caráter experimental das vacinas contra a COVID-19 em produção no território nacional.

15 de dezembro de 2020: divulgação do Plano Nacional de Vacinação.

O ANO DE 2021

Janeiro:

14 e 15 de janeiro de 2021: colapso do sistema de saúde em Manaus com falta de oxigênio para pacientes internados.

17 de janeiro de 2021: primeiros vacinados do país. A primeira pessoa imunizada foi Mônica Calazans, mulher negra e enfermeira, de 54 anos.

20 de janeiro de 2021: atualização do Plano Nacional de Vacinação com a inclusão de novos grupos prioritários.

Março:

5 de março de 2021: Brasil é apontado como “ameaça sanitária global” pela mídia internacional (The Guardian e The New York Times).

7 de março de 2021: dados preliminares mostram os efeitos positivos da vacinação, com redução de 70% das mortes de idosos com mais de 90 anos entre janeiro e fevereiro na cidade de São Paulo.

15 de março de 2021: Marcelo Queiroga, médico cardiologista, assume o Ministério da Saúde.

Abril:

1 de abril de 2021: Brasil chega à marca de 3800 mortes contabilizadas em 24 horas.

27 de abril de 2021: instauração da CPI da COVID-19 com a finalidade de investigar as ações e omissões do Governo Federal no combate à pandemia no Brasil, com foco especial no agravamento da crise sanitária no Amazonas devido à falta de oxigênio para pacientes, bem como examinar possíveis irregularidades em contratos, fraudes em licitações, superfaturamentos, desvio de recursos públicos e a celebração de contratos com empresas fictícias para serviços genéricos ou inexistentes.

O ANO DE 2022

6 de março de 2022: a contagem total de mortes em todo o mundo ultrapassou 6 milhões de pessoas desde o início da pandemia. Registro das sub variantes Ómicron B.4 e B.5 ao redor do mundo.

18 de novembro de 2022: Rio de Janeiro registra o primeiro caso local da subvariante ômicron BQ.1.

22 de dezembro de 2022: o Brasil ultrapassou 36 milhões de casos de COVID-19.

O ANO DE 2023

Maio:

15 de maio: OMS anuncia que, devido aos esforços globais e ao controle da situação, a pandemia de COVID-19 não é mais considerada uma pandemia. No Brasil, mais de 705.150 mortes e 37 milhões de casos confirmados; no mundo, mais de 694 milhões de casos e 6 milhões de mortes.

APÊNDICE B - GLOSSÁRIO DA PANDEMIA

No contexto de saúde pública, especialmente durante pandemias e epidemias, diversas estratégias são empregadas para mitigar a disseminação de doenças infecciosas. Este apêndice abordará as diferenças entre distanciamento social, isolamento, isolamento vertical e horizontal, lockdown, medidas não farmacológicas e uso de vacinas, lançando luz sobre seus papéis distintos e sua importância. O objetivo principal dessas medidas de saúde pública é prevenir a propagação de doenças de pessoa para pessoa, interrompendo a cadeia de transmissão (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) ressalta a importância de um grupo de medidas de prevenção e controle nomeadas como não-farmacológicas, que consistem no distanciamento físico, a etiqueta respiratória, a higienização das mãos, o uso de máscaras, a limpeza e desinfecção de ambientes, o isolamento de casos suspeitos e confirmados, bem como a quarentena dos contatos desses casos. Aliadas às medidas não-farmacológicas estão as vacinas. Em janeiro de 2021, foi iniciado o processo de vacinação contra a COVID-19, seguindo os grupos prioritários estabelecidos no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 (PNO). A combinação dessas medidas é fundamental para controlar a transmissão do vírus SARS-CoV-2 e, ao mesmo tempo, permitir a retomada gradual das atividades em diversos setores, garantindo um retorno seguro à vida social (BRASIL, 2022).

Durante o início da pandemia, a higienização das mãos foi considerada a “medida mais simples e eficaz de proteção”, conforme consta em documento do Ministério da Saúde veiculado em 2020 (BRASIL, 2020, p.5). A lavagem das mãos ou higienização com álcool se aliava às práticas de etiqueta respiratória como cobrir as mãos e o rosto ao espirrar ou tossir. Num primeiro momento, o uso de máscaras não foi encorajado, mas esse cenário rapidamente se alterou e campanhas pelo uso de máscaras foram veiculadas nos diversos tipos de mídias e redes sociais.

As máscaras podem ser indicadas para proteção de pessoas saudáveis em contato com indivíduos infectados ou como controle da fonte quando usadas por pessoas infectadas para evitar a propagação do vírus e a orientação é que seja complementado por outras medidas, como higienização das mãos, distanciamento social e etiqueta respiratória. Seu uso é fortemente recomendado em ambientes coletivos, especialmente no transporte público, eventos e reuniões, como forma de proteção individual para a população geral. Em serviços de saúde, o uso de máscaras foi obrigatório para todos os profissionais de saúde e pessoas presentes em unidades

de saúde em conjunto com outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como luvas e capotes (BRASIL, 2022).

O principal objetivo da vacinação é reduzir internações e mortes causadas pela doença, especialmente entre os grupos de alto risco. A Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19 no Brasil começou em 18 de janeiro de 2021 e mostra comprovada eficácia na prevenção de casos graves da doença, reduzindo a necessidade de hospitalização e evitando mortes. No entanto, é importante observar que as vacinas não impedem a infecção pela doença e que, em função da circulação de diferentes variantes do vírus no Brasil e no mundo, bem como a possibilidade de surgirem novas variantes que possam reduzir a eficácia das vacinas, é essencial a manutenção das demais formas de prevenção (BRASIL, 2022).

O isolamento consiste na separação de pessoas doentes com doenças contagiosas das pessoas não infectadas, podendo ser realizado em ambiente hospitalar ou na própria residência. É uma prática particularmente eficaz na interrupção da transmissão se a detecção precoce for possível antes da eliminação viral evidente. Essa medida é particularmente eficaz para doenças infecciosas que se espalham facilmente de pessoa para pessoa, especialmente quando a maior transmissão ocorre quando os pacientes já estão apresentando sintomas. Detectar casos precocemente desempenha um papel crucial no sucesso do isolamento. No entanto, o isolamento é menos eficaz em casos de doenças infecciosas em que pessoas assintomáticas ou pré-sintomáticas podem contribuir significativamente para a transmissão (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020).

No caso da influenza (a gripe comum), em que a transmissão se inicia antes dos sintomas clínicos, o isolamento muitas vezes é tardio demais para ser suficientemente eficaz na interrupção da transmissão e no controle de uma pandemia. No entanto, para o SARS-CoV-2, em que o tempo de incubação é mais longo do que para a influenza e a eliminação viral é maior quando o paciente está realmente doente, um tempo de incubação mais longo permite mais tempo para identificar casos e isolá-los. O tempo de incubação do SARS-CoV-2 também tem uma mediana de 5 dias, no entanto, nesta fase, permanece desconhecido quando ocorre o pico de eliminação viral e transmissibilidade e com que frequência casos pré-sintomáticos resultam em casos secundários (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020).

O isolamento vertical propõe que apenas as pessoas do grupo de risco (idosos e pessoas com comorbidades) permaneçam em casa. A OMS se mostrou contrária a essa prática de isolamento, pois a circulação irrestrita de pessoas jovens e consideradas saudáveis não impede a doença de chegar aos mais vulneráveis, aumentando rapidamente o número de casos. O

isolamento horizontal, na contramão, implica que todas as pessoas, independentemente da idade ou estado de saúde, devem permanecer em casa (FIOCRUZ, 2020).

A quarentena é uma das ferramentas mais antigas e eficazes para controlar surtos de doenças transmissíveis. Essa prática de saúde pública foi amplamente utilizada na Itália no século XIV, quando navios que chegavam ao porto de Veneza de portos infectados pela peste tinham que ancorar e aguardar por 40 dias (em italiano: "quaranta" significa 40) antes de desembarcar seus passageiros sobreviventes. Esses 40 dias forneciam tempo suficiente para que o período de incubação fosse completado, de modo que casos assintomáticos pudessem se tornar sintomáticos e, portanto, serem identificados (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020). A quarentena foi implementada com sucesso como medida eficaz durante a epidemia de SARS na Ásia, também causada por coronavírus, em 2003 e é um componente importante dos planos de influenza pandêmica.

A quarentena significa a restrição de movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas não estão doentes, seja porque não foram infectadas ou porque ainda estão no período de incubação. A quarentena pode ser aplicada a nível individual ou de grupo e geralmente envolve restrição à residência ou a uma instalação designada e pode ser voluntária ou obrigatória. A quarentena é mais bem-sucedida em configurações onde a detecção de casos é rápida, os contatos podem ser identificados e rastreados em um curto período de tempo, com emissão ágil de ordens de quarentena e conformidade voluntária com essa emissão. Seu principal objetivo é reduzir a possível transmissão da doença a partir de pessoas expostas antes mesmo de apresentarem sintomas e seu sucesso depende da detecção rápida de casos, rastreamento de contatos e organização por parte das autoridades sanitárias (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020).

O distanciamento social é projetado para reduzir as interações entre pessoas em uma comunidade mais ampla, na qual indivíduos podem estar infecciosos, mas ainda não foram identificados e isolados. Como doenças transmitidas por gotículas respiratórias requerem proximidade entre as pessoas, o distanciamento social reduz a transmissão (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020). O distanciamento social é particularmente útil em configurações onde se acredita que ocorreu a transmissão comunitária, mas onde as ligações entre os casos não estão claras e onde restrições impostas apenas às pessoas conhecidas por terem sido expostas são consideradas insuficientes para evitar mais transmissão. Esta medida deve ser aplicada especialmente em locais onde existe transmissão comunitária, quando a ligação entre os casos já não pode ser rastreada e o isolamento das pessoas expostas é insuficiente para frear a transmissão.

Se essas medidas forem consideradas insuficientes, pode ser necessário lançar mão do lockdown. O lockdown consiste numa intervenção aplicada a uma comunidade inteira, cidade ou região, projetada para reduzir as interações pessoais, exceto para interações mínimas necessárias para garantir o suprimento vital. É um conjunto de ações que se expande desde o distanciamento social até a quarentena em toda a comunidade, com restrições significativas de movimento para todos e uma aplicação complexa devido ao grande número de pessoas envolvidas, como o cancelamento de eventos públicos, fechamento de escolas e trabalho remoto, até a implementação de uso generalizado de máscaras faciais ou até mesmo o bloqueio total de cidades ou áreas. Sua implementação requer parcerias próximas e cooperação com as forças de segurança em nível local e estadual, frequentemente envolvendo postos de controle, e pode exigir penalidades legais se ocorrerem violações da quarentena. Seu objetivo é evitar o contato de pessoas infectadas, mas não identificadas, com membros não infectados da comunidade. Essa abordagem é especialmente eficaz quando a transmissão comunitária da doença está em níveis significativos (WILDER-SMITH & FREEDMAN, 2020).

APÊNDICE C - QUADROS

Quadro 3 - Relação entre tipo de CAPS e UF/município

Relato	Tipo de CAPS	Município	Estado
Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência	CAPS AD III	Juiz de Fora	Minas Gerais
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal	CAPSi	Brasília	Distrito Federal
Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19	CAPS II	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	CAPS III	Santos	São Paulo
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	CAPS II	Santa Maria	Rio Grande do Sul

Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	CAPS II	Não especificado	Bahia
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo de teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	CAPS II	Não especificado	Rio Grande do Sul
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	CAPSi	Porto Alegre	Rio Grande do Sul
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	CAPS II	Ilhéus e Itabuna	Bahia
De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	CAPS I	Não especificado	Rio Grande do Sul
Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	Não especificado	Não especificado	Paraná
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	Não especificado	Não especificado	Minas Gerais

Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	CAPS III	Caicó	Rio Grande do Norte
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	CAPS II	Não especificado	Não especificado - região Sul
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	CAPS II	Não especificado	Não especificado - região Sul
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	CAPSi	Não especificado	Rio Grande do Sul
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	CAPS AD III	Palmas	Tocantins
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	CAPS AD III	Palmas	Tocantins
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	CAPS AD	Recife	Pernambuco

Quadro 4 - Alteração de funcionamento

Relato	Alteração de funcionamento
Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência	Suspensão do acolhimento noturno
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal	Suspensão de grupos Diminuição do fluxo de pessoas na unidade
Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19	Atendimentos realizados em espaços externos Serviço organizado priorizando Atenção à Crise Suspensão de grupos Divisão de trabalho em turnos Reuniões de acompanhamento por videoconferência
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	Suspensão de grupos
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	Suspensão de grupos Suspensão do funcionamento do próprio serviço
Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	Suspensão do funcionamento do próprio serviço durante cinco meses (março a agosto de 2020)
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo de teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	Suspensão de grupos
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	Suspensão de grupos Cancelamento de atendimentos considerados eletivos Manutenção presencial de atendimentos a usuários em crise ou considerados em grave condição mental
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de	Manutenção presencial de consultas individuais médicas e de enfermagem e da

gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	dispensação de medicamentos
De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	Suspensão de grupos
Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	Redução da circulação de pessoas consideradas grupo de risco Priorização de atendimentos individuais ou à distância Comunicação por meios eletrônicos
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	Suspensão de atividades presenciais
Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	Suspensão de grupos Redução da circulação de usuários no serviço
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	Suspensão de grupos
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	Redefinição da frequência e tempo de permanência dos usuários no serviços Suspensão parcial de grupos
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	Suspensão de atendimentos com crianças Suspensão de grupos
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	Diminuição da oferta de leito de acolhimento noturno Não-acolhimento de usuários sintomáticos
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	Suspensão de atividades grupais, territoriais e domiciliares
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	Suspensão de grupos Realização de atendimentos individuais em locais com distanciamento social e circulação de ar

Quadro 5 - Estratégias de manutenção de vínculo

Relato	Estratégias de manutenção de vínculo
Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência	Priorização de atendimentos aos casos graves e crises relacionadas ao uso abusivo de drogas e aos episódios de tentativas de autoextermínio
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal	Teleatendimentos Classificação do nível de gravidade dos usuários em intensivos (acompanhamento semanal), semi intensivos e não intensivos (acompanhamento mais espaçado)
Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19	Avaliação e adiantamento de consultas médicas agendadas Contato telefônico para antecipar a ida ao CAPS Dispensação de medicações Levantamento e acompanhamento dos usuários que fazem uso de medicação injetável de depósito Dispensação medicamentosa quinzenal ou semanal segundo o nível de organização do sujeito e sua rede de suporte Articulação territorial Acompanhamento telefônico intensivo
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	Não aparece
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	Realização de grupos online (exemplo do “Grupo da Ambiência” com os usuários mais frequentes da unidade, sendo a ambiência um espaço de convivência destinado a trocas e estreitamento de vínculos)

	<p>Teleatendimentos</p> <p>Realização de VDs e ATs</p>
Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	Realização de grupos online
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo de teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	Não aparece
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	<p>Apoio e aconselhamento on-line às famílias</p> <p>Orientação presencial em regime individual</p> <p>Disponibilização de materiais informativos sobre o manejo de situações cotidianas e que pudessem servir de ferramenta para os responsáveis no cuidado aos usuários com TEA/TDAH</p> <p><i>Cards</i> com atividades direcionadas às crianças com TEA</p> <p>Realização de grupos online com adolescentes</p> <p>Acompanhamento telefônico</p>
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	<p>Realização de grupos online</p> <p>Atendimento remoto individualizado</p> <p>Busca ativa telefonada</p>
De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	Revezamento entre atendimentos presenciais e remotos
Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	<p>Atendimentos remotos</p> <p>Manutenção das portas abertas</p>
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	Realização de atendimentos, oficinas e grupos terapêuticos de forma on-line
Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	Monitoramento telefônico

	<p>Levantamento de usuários que precisavam de atendimento presencial</p> <p>Visitas domiciliares</p> <p>Dispensação de medicamentos</p> <p>Busca ativa telefonada</p>
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	Realização de grupos on-line
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	<p>Realização de grupos e oficinas on-line com informações sobre o serviço e apoio aos usuários</p> <p>Manutenção parcial de atendimentos presenciais</p>
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	<p>Encaminhamentos e ações intersetoriais visando reduzir o impacto da interrupção abrupta dos atendimentos</p> <p>Realização de atendimentos on-line e na unidade</p>
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	Não aparece
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	<p>Dispensação de medicamentos</p> <p>Busca ativa</p> <p>Manutenção presencial de atendimentos e consultas de psiquiatria, psicologia, clínica médica e terapia ocupacional</p>
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	<p>Atenção à crise</p> <p>Manejo de casos graves</p> <p>Manutenção dos PTS em curso</p> <p>Atendimentos por telefone</p> <p>Dispensação de medicamentos</p>

Quadro 6 - Difusão de práticas de prevenção ao COVID

Relato	Difusão de práticas de prevenção ao COVID
Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência	Estabelecimento de distância mínima entre leitos Testagem para COVID-19 Manejo dos usuários em relação a uso de máscaras, hábitos de higiene e autocuidado e permanência nos leitos como parte do PTS Orientações sobre prevenção, vacinação e uso de máscaras
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal	Oferta de máscaras cirúrgicas e de acetato aos funcionários da unidade
Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19	Ações de educação em saúde sobre higiene
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	Não aparece
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	Não aparece
Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	Não aparece
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo de teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	Não aparece
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	Orientação sobre sintomas de COVID-19 e acesso a serviços da rede de saúde
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	Veiculação de informações sobre a pandemia em grupos de WhatsApp

De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	Não aparece
Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	Orientação sobre higiene e uso de máscaras Restrição da circulação de pessoas na unidade
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	Não aparece
Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	Não aparece
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	Não aparece
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	Atenção especial aos usuários sintomáticos respiratórios
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	Não aparece
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	Não aparece
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	Ações de educação em saúde
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	Ações de educação em saúde

Quadro 7 - Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço

Relato	Manutenção das portas abertas/estratégias para/com novas vinculações ao serviço
Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência	Não aparece
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal	Acolhimento por telefone às demandas de sofrimento psíquico de pessoas que testaram positivo para COVID-19 e seus familiares
Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19	Não aparece
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	Manutenção dos acolhimentos
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	Manutenção dos acolhimentos
Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	Não aparece
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo de teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	Não aparece
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	Não aparece
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	Situações leves manejadas pela ESF, urgências e emergências psiquiátricas pelo SAMU e ambulatório, respectivamente,

	garantindo a primeira consulta equivalente ao acolhimento do CAPS
De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	Plantão telefônico
Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	Manutenção de portas abertas
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	Não aparece
Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	Manutenção de portas abertas
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	Manutenção de portas abertas
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	Não aparece
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	Não aparece
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	Manutenção dos acolhimentos noturnos
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	Manutenção dos acolhimentos noturnos
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	Manutenção de portas abertas

Quadro 8 - Articulação (redes de referência/contrarreferência)

Relato	Articulação (redes de referência/contrarreferência)
<p>Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência</p>	<p>Contrarreferência precária para as demais redes</p> <p>Matriciamento comprometido</p> <p>Ausência de NASF na RAPS sobrecarrega a rede</p> <p>Frente de atuação "Identidade Institucional" visando sistematizar o processo de trabalho para melhorar o entendimento de outros pontos da rede acerca do CAPS AD III; dificuldade da rede diferenciar os padrões de uso abusivo, quadros de dependência, situações de crise e grau de comprometimento dos casos</p>
<p>Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal</p>	<p>Articulação de rede por mecanismos que não necessitem a aproximação física</p>
<p>Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19</p>	<p>Informe aos dispositivos da RAPS sobre o trabalho de triagem e as mudanças que estavam sendo implementadas</p> <p>Articulação com as Clínicas da Família para dispensação de medicamentos</p> <p>Listagem e a inclusão de todas as medicações utilizadas na lista de compra mensal que se encontravam em falta</p>

	<p>Articulação com o CREAS para fornecimento de refeições, informações e inscrição no auxílio emergencial</p> <p>Articulação com ONGs para fornecimento de itens de higiene e cestas básicas</p>
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	Recebimento de encaminhamentos da Atenção Básica de usuários com queixas de sofrimentos diversos
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	
Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante a pandemia de COVID-19	Desassistência decorrente do fechamento do serviço intensificou a procura do serviço de emergência (não especifica se é hospital, mas subentende-se que sim)
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo de teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	<p>Articulação com a APS para garantir assistência dos que não conseguiam chegar aos serviços em função da paralisação do transporte público</p> <p>Articulação com o Centro POP</p>
De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	

Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	Alta médica para pacientes hospitalizados estabilizados Referenciamento para tratamento na atenção primária e na atenção especializada
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	
Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	Suspensão de reuniões presenciais com outros serviços e discussões de caso por telefone Encaminhamento de usuários sintomáticos
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	Articulação com a rede intersetorial e aproximações com os órgãos públicos em reuniões de equipe
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	Não aparece
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	Não aparece
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	Articulação para leitos integrais em hospitais gerais e encaminhamentos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Assistência Social

Quadro 9 – Qualis

Título	Qualis
Vivência profissional durante o período de pandemia no serviço de saúde mental: relato de experiência	B3
Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a lógica da atenção psicossocial em tempos de pandemia.: Relato de experiência do Centro de Atenção Psicossocial Infantil-CAPSi Asa Norte no Distrito Federal	B2
Processo de trabalho e cuidado em saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial da UERJ na pandemia de COVID-19	B2
Reflexões sobre os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental de usuários do CAPS Praia do município de Santos	B3
Relato de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial em meio à pandemia de Covid-19: como funciona um CAPS com restrição de atividades?	Sem qualis
Vivências de um trabalhador de saúde na rede de atenção psicossocial durante pandemia de COVID-19	B4
Entre microfônias, afetos e pandemia: carta sobre um grupo por teleatendimento em um centro de atenção psicossocial	Sem qualis
Atenção psicossocial infantojuvenil no contexto da pandemia de COVID-19: relato de uma experiência a partir da articulação ensino-serviço-comunidade	B4
Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil	B4
De um trabalhador de saúde mental para muitos outros: sacrifício e sacralização em tempos de COVID	B1
Reorganização da atenção à saúde mental na pandemia de Covid-19	B4
Inventando uma clínica possível: acompanhamento remoto de usuários de saúde mental na pandemia de Covid-19	A1
Grupos on-line de usuários e familiares em saúde mental na pandemia: distanciamento físico, proximidade afetiva	Sem qualis
Grupo Operativo em um CAPS durante a Pandemia da Covid-19: um Relato de Experiência	B2
Assistência em saúde mental em um CAPS em tempos de Covid -19: revisão integrativa da literatura	B2
Reinventando o cuidado em saúde mental no CAPS III de Caicó em tempos de pandemia	Sem qualis

O cuidado em saúde mental no centro de atenção psicossocial (CAPS) em tempos de Covid-19: revisão integrativa	A3
Autonomia, empoderamento e desinstitucionalização em tempos de pandemia: relato de experiência	Sem qualis
Dificuldades de sustentar a lógica de atenção psicossocial em pandemia	B2
O impacto da pandemia COVID-19 em um serviço de saúde mental de atenção psicossocial infantojuvenil	Sem qualis
O que se entende por acolhimento noturno pela equipe do CAPS AD III de Palmas/TO: relato de experiência	B2
A perspectiva dos residentes em relação à oferta de atendimento do CAPS AD III da cidade de Palmas-TO no período de pandemia por COVID-19	B1
“Jornal DiverSUS”: uma experiência de educação em saúde em tempos de pandemia	B2