



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

ESMAELITE MOURA FERREIRA

COVID-19 E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: OS DESAFIOS DO CUIDADO
PSICOSSOCIAL EM PARACURU/CE

FORTALEZA
2024

ESMAELITE MOURA FERREIRA

COVID-19 E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: OS DESAFIOS DO CUIDADO
PSICOSSOCIAL EM PARACURU/CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e mestrado da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre. Área de concentração: Políticas Públicas e Mudanças Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Oliveira da Silva Novaes

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F44c Ferreira, Esmaelite Moura.
 COVID-19 e as políticas de saúde : os desafios do cuidado psicossocial em Paracuru/CE
 / Esmaelite Moura Ferreira. – 2024.
 115 f.

 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias,
 Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2024.

 Orientação: Prof. Dr. Thiago Oliveira da Silva Novaes.

 1. Políticas públicas de saúde. 2. COVID-19. 3. Cuidado psicossocial. 4. Saúde mental. 5.
 Acolhimento psicológico. 6. Esgotamento. I. Título.

CDD 320.6

ESMAELITE MOURA FERREIRA

COVID-19 E AS POLÍTICAS DE SAÚDE: OS DESAFIOS DO CUIDADO
PSICOSSOCIAL EM PARACURU/CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação e mestrado da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Avaliação de políticas públicas. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas

Aprovada em: 19/11/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Thiago Oliveira da Silva Novaes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Adriana de Oliveira Alcântara
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Antonio Vitorino Farias Filho
Faculdade Princesa do Oeste (FPO)

Ao meu pai, Mestre na vida, Elias Antônio
Ferreira (In memória)

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas misericórdias e tanta graça derramada.

A minha mãe Marina Moura pela sabedoria e dedicação.

Aos meus filhos Izaak e Felipe Ferreira por toda parceria ao longo da vida.

A Mila por toda companhia e amor dedicado.

Ao meu companheiro Gildo Paixão pelo caminho trilhado.

A família pelo apoio e pela superação em tempos difíceis.

Ao meu afilhado, Heitor Alcântara Moura, por sua beleza infantil devolver alegria e vida à família.

Aos colegas pela parceria.

Ao orientador Thiago Novaes pela maestria, paciência e acolhimento.

A Universidade Federal do Ceará por acolher e acreditar no poder do conhecimento representando às competentes instituições públicas do Brasil.

As setecentas mil pessoas mortas pela pandemia no Brasil e aos seus familiares, dentre eles meus amigos, tios e primos tão amados, que me inspiraram a transformar meu pranto em estudo, meu luto em busca de novas formas de viver.

Aos participantes que tornaram possível esta pesquisa.

A minha cidade natal, Paracuru por acolher a pesquisa e sempre me estimular a buscar novos sonhos.

À banca pelo compromisso e contribuição.

Meu respeito e eterna gratidão!

“O saber a gente aprende com os mestres
e os livros. A sabedoria se aprende é com
a vida e com os humildes. ”

Cora Coralina

RESUMO

A pandemia da COVID-19 trouxe desafios significativos para as políticas públicas de saúde, com destaque para o cuidado psicossocial, essencial diante da vulnerabilidade emocional vivenciada por profissionais de saúde e usuários. Esta pesquisa investiga os impactos da pandemia sobre as práticas e políticas de saúde no município de Paracuru, Ceará, a partir das experiências de trabalhadores da linha de frente, abrangendo profissionais de diferentes níveis educacionais. A metodologia envolve grupos focais e entrevistas semiestruturadas, possibilitando uma análise transversal e qualitativa. Entre os principais achados, destaca-se a sobrecarga emocional dos profissionais, manifestada em esgotamento mental e sintomas de *burnout*, agravada pela escassez de recursos e falta de apoio institucional. A pesquisa sugere a adesão do projeto "Cuidando de Quem Cuida", um produto voltado para o cuidado psicológico dos servidores municipais, com foco na promoção da saúde mental, prevenção de agravos e acompanhamento de profissionais em afastamento médico. O projeto busca fornecer uma escuta ativa e eficaz, fortalecendo a resiliência e a qualidade de vida dos trabalhadores. Conclui-se que o cuidado psicossocial deve ser fortalecido por meio de políticas intersetoriais e inovadoras, garantindo um atendimento integral e humanizado, tanto em momentos de crise quanto na rotina dos serviços de saúde.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde; COVID-19; cuidado psicossocial; saúde mental; esgotamento; acolhimento psicológico.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has brought significant challenges to public health policies, with emphasis on psychosocial care, which is essential given the emotional vulnerability experienced by health professionals and users. This research investigates the impacts of the pandemic on health practices and policies in the municipality of Paracuru, Ceará, based on the experiences of frontline workers, including professionals with different educational levels. The methodology involves focus groups and semi-structured interviews, enabling a cross-sectional and qualitative analysis. Among the main findings, the emotional overload of professionals stands out, manifested in mental exhaustion and symptoms of burnout, aggravated by the scarcity of resources and lack of institutional support. The research suggests the adoption of the project "Caring for Those Who Care", a product aimed at the psychological care of municipal employees, focusing on promoting mental health, preventing injuries and monitoring professionals on medical leave. The project seeks to provide active and effective listening, strengthening the resilience and quality of life of workers. It is concluded that psychosocial care must be strengthened through intersectoral and innovative policies, ensuring comprehensive and humanized care, both in times of crisis and in the routine of health services.

Keywords: public health policies; COVID-19; psychosocial care; public health policies; mental health; burnout; psychological support

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tensões vividas durante a pandemia	34
Quadro 2 - Comercialização de antidepressivos e estabilizadores de humor	53
Quadro 3 - Divisão da Atenção primária	58
Quadro 4 - Divisão da Atenção especializada.....	59
Quadro 5 - Divisão da Atenção às urgências e emergências	60
Quadro 6 - Divisão da Atenção Residencial de Caráter Transitório.....	61
Quadro 7 - Divisão da Atenção hospitalar.....	62
Quadro 8 - Divisão das estratégias de desinstitucionalização	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil identitário e profissional dos sujeitos da pesquisa	66
Tabela 2 - Trajetória, desafios e cuidados Psicossociais durante a Pandemia	67
Tabela 3 - Desafios e Avaliação da Assistência Psicossocial Durante a Pandemia.	70
Tabela 4 - Desafios e Potências no Cuidado Psicossocial Durante a Pandemia	73
Tabela 5 - Melhorias no Cuidado Psicossocial e Considerações sobre a Saúde	75
Tabela 6 - Considerações Finais sobre o Futuro do Cuidado Psicossocial.....	77
Tabela 7 - Perfil Identitário e Profissional dos Entrevistados.....	80
Tabela 8 - Trajetória Profissional e Impactos da Pandemia sobre os Profissionais de Saúde	82
Tabela 9 - Opiniões sobre Cuidados Psicossociais e Desafios Enfrentados durante uma Pandemia	85
Tabela10 -Avaliação dos Cuidados Psicossociais e Potências e Desafios Durante uma Pandemia	88
Tabela 11 - Dificuldades e Considerações Finais sobre a Política de Saúde e a Pandemia	90
Tabela 12 - Considerações Finais e Melhorias nos Cuidados Psicossociais	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DMP	Departamentos de Medicina Preventiva
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Centro de proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PIN	Plano Nacional de Imunização
PS	Pronto Socorros
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviços de Atendimentos Móveis de Urgência
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE.....	20
2.1	Percepções e narrativas na construção de um campo de avaliação de Políticas Públicas.....	20
2.2	Detalhamento do percurso metodológico	21
2.3	Análise de Conteúdo.....	21
2.4	Análise de Contexto	22
2.5	Trajetória Institucional	22
2.6	Avaliação em Profundidade.....	23
3	CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA: A TRAJETÓRIA DA PESQUISA NO CAMPO	24
3.1	Amostra	24
3.2	Descrição dos métodos de análise	25
3.3	Coleta de Dados.....	25
3.4	Análise dos Dados	26
3.5	Considerações Éticas	27
4	ANÁLISE DE CONTEXTO: COVID 19 E A EMERGÊNCIA DO CUIDADO PSICOSSOCIAL	28
4.1	O contexto histórico do campo investigativo: covid 19 e a emergência do cuidado psicossocial.....	28
4.2	A Política de Saúde no Brasil.....	34
4.2.1	Reforma psiquiátrica e saúde mental: por que falar?.....	37
4.3	Reforma sanitária brasileira: uma tríade de desafios projeto/movimento/processo para a reforma psiquiátrica	41
4.3.1	Construções e (des)construções do direito à saúde	44
4.4	Um olhar sobre o medo da doença: quando o medo se transforma em um sintoma tão grave quanto a doença.....	46
4.5	Políticas públicas e cuidados psicossociais.....	52
4.5.1	Cuidados psicossociais em saúde.....	54
5	ANÁLISE DE CONTEÚDO	63

5.1	Trajetória institucional: narrativas e percepções sobre a política de saúde.....	63
5.2	Análise das entrevistas com gestores: experiências, desafios e reflexões sobre o cuidado psicossocial.....	64
5.3	Narrativas empíricas de profissionais que atuaram na linha de frente enfrentando a covid-19.....	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
	REFÊNCIAS.....	97
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE ABORDAGEM PARA CONSTRUÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	110
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	113

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 trouxe desafios profundos para diversas esferas da sociedade, especialmente no campo da saúde. O contexto pandêmico evidenciou a importância dos cuidados psicossociais em meio à vulnerabilidade emocional e à sobrecarga dos sistemas de saúde. Diante desse cenário, a presente pesquisa visa investigar os desafios e possibilidades enfrentados pelos trabalhadores da Política de Saúde durante a pandemia, seguindo a lógica do cuidado psicossocial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A escolha do tema justifica-se pela urgência de abordar as consequências psicossociais desencadeadas pela pandemia, especialmente em face do isolamento social e do medo do contágio, que impactaram tanto a população em geral quanto os profissionais de saúde. A pandemia testou os limites de um cuidado psicossocial já desafiado pela escassez de recursos e políticas adequadas. Diante disso, entender as respostas e os mecanismos adotados pelos profissionais da saúde torna-se essencial para aprimorar o cuidado em saúde e fortalecer as políticas públicas voltadas para essa área.

Esta pesquisa é relevante tanto para o campo acadêmico quanto para a prática profissional, pois oferece uma análise detalhada das políticas de saúde durante a pandemia e seus impactos. Os resultados têm o potencial de contribuição não apenas para a literatura acadêmica, mas também para o aprimoramento das políticas públicas e estratégias de saúde no futuro. O estudo pretende gerar conhecimento que oriente intervenções mais práticas no cuidado psicossocial, além de promover a melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços.

A motivação para a escolha deste tema nasce das experiências pessoais da pesquisadora, que atuou na linha de frente dos cuidados em saúde durante uma pandemia. Ao vivenciar as angústias e desafios enfrentados por colegas e usuários dos serviços de saúde, bem como as próprias perdas pessoais e profissionais, a pesquisadora experimentou a necessidade de investigar como os cuidados psicossociais podem ser aprimorados em tempos de crise. Essas vivências motivaram a busca por respostas sobre os desafios enfrentados no cuidado psicossocial durante uma pandemia, com o objetivo de contribuir para a construção de práticas mais humanas e específicas, centradas nas necessidades das pessoas e no fortalecimento

das redes de apoio.

Dessa forma, a pesquisadora então buscou, no luto, impulsionar provocações para que através da escrita científica, na investigação baseada nos questionamentos teóricos da ciência e na empiria dos fatos, “verdades” que a partir de dados científicos ajudarão a achar caminhos de reconstrução para as novas formas de viver desse novo tempo, desse “novo normal”, que gerou rupturas no ritmo e estilo de vida, que provocou mudanças e tendências para esta nova realidade, encontrando, assim, formas de acalantar a alma e eternizá-los através da ciência, a perda prematura desses amores, “é preciso nos propomos, em desafios que nos levem a exigências que pareçam ir além de nossas forças. Caso contrário, não descobrimos nosso poder, nem conhecemos nossas energias escondidas e assim deixamos de crescer”, diria Leonardo Boff (1999).

Embora exista e seja legítimo o capítulo da dor, e nem por isso menos belo, também existe o capítulo das experiências e lutas cotidianas no fazer em saúde antes da pandemia, nesse encontro com as questões imbricadas já citadas no texto, de conquistas e recuos da saúde. Ao longo da trajetória profissional, a pesquisadora esteve presente como psicóloga, por vezes implantando alguns serviços, e em outros momentos, na maioria deles, compondo equipes existentes tanto no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), pela SDHDS (Secretaria Municipal dos Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza), como pela Secretaria de Assistência Social de Paracuru interior do Ceará, assim como também experienciou trabalhos nos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Secretaria Municipal de Saúde em Fortaleza e da Secretaria Estadual de Saúde.

Para compreender essa trajetória e a escolha do marco temporal dos questionamentos para a pesquisa, é necessário compartilhar um pouco da atuação empírica como autora deste estudo. As primeiras experiências se deram em 2010, no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O SUAS é um equipamento público que define e organiza de forma descentralizada e participativa as ferramentas e estratégias necessárias para a execução dos serviços, programas, projetos e benefício socioassistencial com qualidade, baseando-se nos princípios de universalidade, gratuidade, integralidade, intersetorialidade e equidade. Com um modelo de gestão participativa, o SUAS articula as diligências e os recursos dos municípios, estados e união para a representação e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social,

Família e Combate à Fome (MDSCF, 2009).

Para Pereira (2002, p. 7), a Política Pública significa ação coletiva de quem tem por função concretizar direitos sociais demandados pela sociedade e previstos na lei. Ou, em outros termos, os direitos declarados e garantidos nas leis só têm aplicabilidade por meio de políticas públicas correspondentes, as quais, por sua vez, operacionalizam-se mediante programas, projetos e serviços.

A Assistência Social, portanto, deixa de ser tida como merecimento ou favor e passa a ser uma política pública, um direito do cidadão e dever do Estado, instituído pela Constituição Federal de 1988. A partir de 1993, com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que é definida como Política de Seguridade Social, compondo o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e Previdência Social, com caráter de Política Social articulada a outras políticas do campo social.

Desta forma, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe amplamente sobre a organização da assistência social e aglomera valores reafirmadores dos direitos sociais, fortalecendo a superação da lógica do favor e da caridade.

A Assistência Social, de modo diferente da previdência social, não é contributiva, ou seja, deve atender a todos os cidadãos que dela necessitarem. Desempenha-se em ações integradas entre a iniciativa pública, privada e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e à reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefícios aos idosos e às pessoas com deficiência (MDSCF, 2009).

O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situações de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus tratos, abuso sexual ou de outras ordens, uso de drogas, entre outras singularidades.

Nos equipamentos de Proteção Social Básica, a pesquisadora atuou como psicóloga em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em Fortaleza:

esses são equipamentos que funcionam como porta de entrada das famílias para a Política de Assistência Social, para garantir acesso aos direitos sociais das famílias e/ou indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade e/ou risco social.

Na ocasião, atuava como técnica de referência no Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). Esse é um serviço da Proteção Social Especial do SUAS, desenvolvido dentro da Proteção Social Especial de Média Complexidade para trazer ações de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos, como um conjunto de medidas que proporcionem (ou pelo menos tentem) à promoção de direitos e a preservação dos vínculos familiares, comunitários e sociais.

As famílias e indivíduos vivem nos territórios em condições que os tornam vulneráveis ou os submetem a situações de risco pessoal e social, essas pessoas vivenciam situações de violência física ou psicológica; negligência; abandono; violência sexual (abuso e exploração); situação de rua; trabalho infantil; práticas de ato infracional; fragilização ou rompimento de vínculos; afastamento do convívio familiar, dentre outras (MDSCF, 2009).

Passado o tempo, veio o convite para integrar a equipe na Proteção Social Especial, como psicóloga no Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), equipamento que integra a Proteção Social Especial de Média Complexidade com atendimentos às famílias e indivíduos em seus direitos violados, com vínculos fragilizados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos.

Requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e individualizada, com um acompanhamento sistemático e monitorado, tais como: serviço de orientação e apoio sócio familiar, plantão social, abordagem de rua, cuidado domiciliar, serviço de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência, medidas socioeducativas em meio-aberto (PSC e LA).

Em seguida, encerrando o ciclo na Proteção Social, integrei a equipe de Alta Complexidade no equipamento Casa de Passagem, no centro de Fortaleza. As instituições de alta complexidade garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário.

Tendo em vista a vasta experiência nos diversos contextos, migrei para a Secretaria de Saúde, para a pasta em Saúde Mental na implantação do programa

Consultório de Rua, (e CR) que funcionava como uma estratégia instituída pela Política Nacional de Atenção Básica, em 2011, e visava ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, com ênfase em saúde mental, mas também ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual encontrava-se em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados.

A estratégia Consultório de Rua era composta por equipe multiprofissional, desenvolvia ações integrais de saúde frente às necessidades da população, em situação de rua ou moradora de rua. Realizávamos atividades de forma itinerante e, quando necessário, desenvolvíamos ações em parceria com as equipes das Unidades Básicas de Saúde e do território.

A depender da necessidade do usuário, essas equipes também deveriam atuar junto aos CAPS, aos serviços de Urgência e Emergência e a outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial. Diante das especificidades dessa população, a abordagem no serviço se dava na lógica da estratégia de redução de danos, com utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático e com viés transversal a todas as ações de saúde realizadas pelas equipes e CR. O Programa sofreu alterações e passou a fazer parte integralmente da Atenção Básica com foco nas ações de saúde, dirigida pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) sendo estabelecida como Consultório Na Rua.

O NASF foi criado em 2008 pela Portaria GM/MS nº154 de 24 de junho de 2008(revogada pela Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011), com o objetivo de aumentar a resolutividade e capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população.

Esse núcleo é composto por uma equipe especializada e multiprofissional que, atuando de maneira integrada às equipes de saúde da família nelas incluídas às equipes de saúde bucal, qualificam o atendimento às pessoas. Espera-se que a inserção desses profissionais amplie o olhar e as ações do cuidado, trazendo como consequência a diminuição do número de encaminhamentos a outros serviços e maior satisfação aos usuários, registrados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (Sisab), por meio da Estratégia e - SUS AB.

Paralelo a este serviço, integrei a equipe multiprofissional da Santa Casa de Misericórdia na ala de desintoxicação, um serviço de alta complexidade, com internações espontâneas, encaminhadas pela rede de saúde do município para uma

abordagem e acompanhamento familiar e individual dentro dos limites do ambiente de internação hospitalar, intervenção em desintoxicação para álcool e múltiplas drogas. Atuação no programa de enfrentamento ao crack; intervenção junto à família no acolhimento ao usuário e encaminhamento para a rede no SUS junto aos serviços de saúde e assistência do município de Fortaleza.

As demais experiências não menos ricas e apaixonantes, mas já por seguirem o eixo da Saúde no campo da Educação em Saúde, através de pesquisas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com a Escola de Saúde Pública, acredita-se não entrar de forma pertinente como parte desse momento da pesquisa.

Hoje, atravessada por tantas experiências de sucesso e fracassos, atuando no primeiro nível de atenção do serviço privado (consultório particular) e no serviço público, que se materializa a partir do encontro multi e interdisciplinar, como também com os usuários do sistema único de saúde - SUS, cidadãos com suas amplas demandas e necessidades, num dado território social (seja na periferia ou na classe média) e historicamente construídos, tenho compreensão da necessidade de se avançar no olhar da saúde como também do cuidado psicossocial, que não está centrado apenas em consultas, receituários ou clínico, mas como direito humano e de se potencializar a necessidade de inovação de conceitos e ferramentas que impulsionem mudanças nas dimensões estruturais do processo saúde/doença.

Diante da COVID 19, percebemos obstáculos e limitações que nos convocam ao diálogo político entre os valores de saúde e sua concretude na vida cidadã, impulsionando movimentos propositivos para construção de lógicas que organizem o sistema em direção à centralidade do usuário como cidadão, garantindo a exigibilidade de seus direitos, a eficácia e resolubilidade do cuidado psicossocial.

O desejo de avaliar as limitações e os desafios das Políticas Públicas de Saúde na emergência do cenário pandêmico, compreendendo-a como um fenômeno histórico, é instigante à medida que falamos do próprio sofrimento, medo e temores cotidianos, mas que também encontramos proposições, articulações, práticas sociais, encadeamentos de atos e estratégias de mudanças que têm a potência de mobilizar vontades e afetos dos cidadãos, para além dos constrangimentos em saúde, acendendo a chama para o debate sobre qual projeto queremos para a saúde e para a sociedade brasileira com a chegada desse “novo normal” protagonizando caminhos de mudança.

Nesse contexto, o objetivo central da pesquisa foi avaliar os desafios e as oportunidades no cuidado psicossocial sob a perspectiva dos trabalhadores da Política de Saúde em tempos de COVID-19. A pesquisa se direcionou também analisar o cotidiano dos profissionais de saúde, explorar as dificuldades enfrentadas durante a pandemia e compreender as contribuições da Política de Saúde para a democratização e o acesso aos cuidados psicossociais em um cenário de crise sanitária. Além disso, foi de interesse avaliar as práticas de atenção psicossocial considerando as demandas territoriais e cotidianas dos indivíduos.

Seguindo a lógica do cuidado em saúde, pautado nos princípios norteadores do SUS e na reforma psiquiátrica, com um olhar voltado para o território, para as demandas cotidianas da vida dos indivíduos, descentralizando o olhar dos conceitos hegemônicos, sendo vistas como um constructo apenas de natureza subjetiva, uma ideia ainda fortemente influenciada e alimentada pela cultura. Popularmente, quando se ouve falar em “Saúde”, pensa-se diretamente em “Doença”. Mas, a saúde implica muito mais que a ausência de doenças.

A pesquisa em pauta situa-se no âmbito de uma reflexão crítica e discursiva acerca desse novo paradigma, consubstanciado na política de saúde que se firma num modelo de oferta de atenção assistencial diante da pandemia, pautando-se no cuidado psicossocial, tendo como pressuposto a inclusão social, a atenção humanitária e a valorização do universo familiar e social, tendo em vista as iniquidades em saúde e as dificuldades próprias que o contexto em saúde tem enfrentado.

2 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E AVALIAÇÃO EM PROFUNDIDADE

Neste capítulo, busca-se apresentar os pressupostos metodológicos que orientaram a pesquisa sobre as políticas de saúde durante a pandemia de COVID- 19, com ênfase nos desafios do cuidado psicossocial. A abordagem metodológica adotada se alinha ao conceito de avaliação em profundidade, que transcende a análise quantitativa, promovendo uma compreensão crítica e holística dos fenômenos envolvidos. Tal abordagem é orientada por um compromisso ético e político com a justiça social e a inclusão.

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona novos desafios para a implementação das políticas públicas, particularmente no campo da saúde. O estresse gerado pela crise sanitária, o isolamento social e as incertezas econômicas impactaram diretamente a saúde da população, aumentando a demanda por serviços psicossociais. O Sistema Único de Saúde (SUS) precisou adaptar-se para atender a essa nova realidade, especialmente nos níveis de baixa e média complexidade, representados pelos profissionais da atenção básica e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2.1 Percepções e narrativas na construção de um campo de avaliação de Políticas Públicas

Este estudo sobre os desafios e as respostas das políticas de saúde durante a pandemia da COVID-19 se insere no campo da avaliação de políticas públicas com foco no cuidado psicossocial. As percepções dos trabalhadores da saúde emergem como um campo rico de análise, onde suas narrativas revelam como as políticas foram implementadas e adaptadas ao longo do período pandêmico. A coleta de depoimentos e reflexões por meio de grupos focais e entrevistas detalha as experiências dos profissionais e a complexidade das respostas em saúde frente às adversidades da crise sanitária global.

As narrativas destacam a resiliência dos profissionais diante da sobrecarga emocional e da falta de recursos, oferecendo um olhar crítico sobre a adequação das políticas de saúde em tempos de crise. Dessa forma, a construção do campo de avaliação se baseia não apenas em dados quantitativos, mas em uma compreensão

profunda das vivências e adaptações no cotidiano desses trabalhadores, o que possibilita identificar falhas e oportunidades para melhorias nas políticas públicas.

A pesquisa envolveu a realização de grupos focais com dois principais grupos de profissionais: a equipe e-multi da atenção básica (baixa complexidade) e os profissionais do CAPS (média complexidade), além de entrevistas com gestores responsáveis pela coordenação de políticas de saúde no município, incluindo a Coordenação de Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Coordenação do CAPS e a Secretaria de Saúde.

Os grupos focais foram fundamentais para a compreensão das estratégias adotadas pelos profissionais que atuam na linha de frente do cuidado psicossocial, tanto em termos de prevenção quanto de tratamento. Os depoimentos desses profissionais trouxeram à tona questões sobre a adaptação das práticas de cuidado, o impacto emocional nos trabalhadores da saúde e a eficácia das medidas implementadas no âmbito das políticas públicas de saúde durante a pandemia.

2.2 Detalhamento do percurso metodológico

A pesquisa utilizou uma metodologia qualitativa, fundamentada na coleta de dados por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas com profissionais da saúde que atuaram na linha de frente durante a pandemia. A amostra foi composta por profissionais de diversos níveis educacionais e hierárquicos, abrangendo enfermeiro, educador social, terapeuta ocupacional, médicos, motoristas, recepcionistas e técnicos de enfermagem. Essa abordagem transversal permitiu uma análise rica das diferentes camadas do cuidado psicossocial, dando voz tanto a profissionais de nível superior quanto técnico.

Os grupos focais foram realizados separadamente com equipes de atenção básica e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), refletindo as particularidades de cada ambiente. Já as entrevistas com gestores, como a Coordenação de Epidemiologia e a Secretaria de Saúde, complementaram a análise ao fornecer uma visão estratégica sobre as políticas implementadas.

2.3 Análise de Conteúdo

Para a interpretação dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo conforme proposta por Bardin (2020). A análise concentrou-se em identificar padrões, contradições e temas emergentes nas falas dos participantes. Foram codificadas três categorias principais: a transversalidade do cuidado psicossocial, o impacto emocional nos profissionais de saúde e a percepção sobre a eficácia das políticas públicas adotadas.

Essa análise permitiu revelar, por exemplo, como as diferentes formações acadêmicas influenciaram a percepção dos profissionais sobre o cuidado prestado. As narrativas também destacaram a sobrecarga emocional, especialmente em função da escassez de recursos e da demanda crescente por serviços de saúde, gerando reflexões sobre a sustentabilidade das políticas públicas nesse cenário.

Conforme Bardin (2020), o processo de análise qualitativa envolve três etapas: a Pré-Análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Neste estudo, essas etapas foram rigorosamente seguidas para assegurar a precisão na codificação dos dados e na interpretação dos resultados.

2.4 Análise de Contexto

A análise de contexto foi fundamental para compreender o cenário em que as políticas de saúde foram implementadas durante a pandemia. O contexto pandêmico, marcado por isolamento social, medo do contágio e incertezas econômicas, exigiu rápidas adaptações no atendimento psicossocial. A análise revelou como as políticas públicas tentaram responder a essas novas demandas, mas também evidenciou falhas, como a dificuldade de comunicação entre os níveis de gestão e os profissionais da linha de frente.

A abordagem de análise de contexto, segundo Godoy (1995), amplia a compreensão das influências externas que afetam a implementação de políticas, permitindo que se compreenda o ambiente institucional e social no qual as decisões são tomadas. Esta abordagem se mostrou crucial para identificar as barreiras enfrentadas na gestão das políticas de saúde no Ceará, especificamente no que tange à adaptação às demandas territoriais impostas pela pandemia.

2.5 Trajetória Institucional

A trajetória institucional das políticas de saúde no Brasil, marcada pela reforma psiquiátrica e pela criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), serviu como pano de fundo para a análise dos dados. Durante a pandemia, essa rede foi testada em suas capacidades e limitações. A pesquisa revelou que a rede assistencial tenha sido crucial para articular respostas rápidas no cuidado psicossocial, os desafios estruturais pré-existentes, como o esgotamento e a falta de recursos humanos e financeiros, agravaram-se com a crise sanitária.

A trajetória institucional também foi explorada nas entrevistas com gestores, que destacaram a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de gestão e a importância de fortalecer as políticas públicas para garantir a continuidade do atendimento psicossocial em momentos de crise.

2.6 Avaliação em Profundidade

A avaliação em profundidade, segundo Souza (2009), é uma metodologia que permite a investigação detalhada de fenômenos complexos, indo além de uma análise superficial para captar as múltiplas dimensões envolvidas nas políticas públicas. Esta abordagem é amplamente utilizada na avaliação de programas sociais e, aqui, facilita uma compreensão crítica das práticas institucionais e das respostas sociais diante de desafios como o enfrentamento da COVID-19.

Nesta pesquisa, a avaliação em profundidade foi estruturada a partir de três eixos: análise de conteúdo, análise de contexto e trajetória institucional. Essa metodologia é fundamental para captar as nuances dos impactos psicossociais causados pela pandemia, permitindo uma visão holística do cuidado em saúde, conforme recomendado por autores como Minayo (2010), que reforça a importância de uma avaliação que abarque tanto as práticas cotidianas dos profissionais quanto os fatores contextuais que influenciam a implementação das políticas.

A avaliação em profundidade, portanto, revelou não apenas os desafios operacionais e estruturais, mas também as oportunidades de inovação no cuidado psicossocial e na gestão das políticas de saúde. Com base nas narrativas dos trabalhadores da saúde e dos gestores, foi possível traçar um panorama detalhado das respostas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) frente à emergência sanitária global.

3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA: A TRAJETÓRIA DA PESQUISA NO CAMPO

Neste capítulo, detalharemos os métodos empregados na investigação sobre as políticas de saúde durante a pandemia de COVID-19, com foco nos desafios do cuidado psicossocial. A pesquisa foi desenhada para captar um olhar amplo e transversal, envolvendo diferentes categorias de profissionais de saúde. Isso permitiu a análise de experiências diversas no enfrentamento dos desafios impostos pela pandemia, desde gestores até profissionais que atuam diretamente na linha de frente do atendimento psicossocial.

3.1 Amostra

A amostra desta pesquisa foi composta por uma diversidade de profissionais da área da saúde, abrangendo desde profissionais de nível superior até aqueles de nível técnico e ensino médio. Buscou-se incluir não apenas enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e médicos, mas também motoristas, recepcionistas e técnicos de enfermagem.

Essa decisão se justifica por adotar uma abordagem transversal, reconhecendo que o cuidado psicossocial não se limita aos profissionais com formação superior, mas envolve toda a equipe que atua na linha de frente dos serviços de saúde.

Esses profissionais, embora ocupem posições diferentes, compartilhavam a mesma equipe e enfrentavam desafios semelhantes no enfrentamento da pandemia. Motoristas, recepcionistas e técnicos de enfermagem, por exemplo, desempenharam papéis fundamentais no suporte aos usuários dos serviços de saúde, vivenciando de perto os impactos psicossociais da COVID-19. Suas percepções oferecem um olhar rico e diverso, complementando as perspectivas dos profissionais de nível superior e revelando que os sentimentos e desafios eram comuns a todos, independentemente do nível educacional.

Vale destacar que, no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a amostra foi composta exclusivamente por profissionais de nível superior, dado o perfil técnico dos serviços oferecidos, o que contrasta com a atenção básica, onde se incluiu a equipe multidisciplinar de diferentes níveis educacionais.

3.2 Descrição dos métodos de análise

Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, técnica apropriada para interpretar as narrativas e experiências coletadas nos grupos focais e entrevistas. A pesquisa foi orientada pelos seguintes eixos principais:

A transversalidade das práticas psicossociais: Como os diferentes níveis de formação (superior e médio) influenciaram a percepção do cuidado e as estratégias adotadas durante a pandemia.

Desafios e sobrecarga emocional: Análise das dificuldades enfrentadas por todos os profissionais, incluindo aqueles de nível técnico, e como essas experiências impactaram o atendimento à população.

Eficácia das políticas públicas de saúde: Avaliação das percepções dos participantes quanto às políticas adotadas para mitigar os efeitos da pandemia na saúde.

Esses eixos guiaram a codificação dos dados, permitindo identificar os padrões, contradições e temas emergentes nas falas dos participantes. A análise buscou dar voz a todos os profissionais, reconhecendo a importância de suas contribuições para o cuidado psicossocial durante a pandemia.

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada através de grupos focais e entrevistas individuais em profundidade, envolvendo profissionais de diferentes níveis hierárquicos e educacionais.

Grupos Focais: Foram organizados grupos focais com a equipe de atenção básica (e-multi) e com os profissionais do CAPS. Na atenção básica, a participação incluiu motoristas, recepcionistas, técnicos de enfermagem, além dos profissionais de nível superior, buscando captar a experiência de uma equipe multidisciplinar e como diferentes funções vivenciaram os impactos psicossociais da pandemia. No CAPS, foram reunidos apenas profissionais de nível superior, devido à natureza das funções exercidas nesse nível de atenção.

Entrevistas Individuais em Profundidade: As entrevistas com os gestores, como a Coordenação de Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Coordenação do CAPS

e Secretaria de Saúde, foram realizadas para captar as estratégias de gestão e as dificuldades na implementação das políticas de saúde durante a pandemia. As entrevistas forneceram uma visão estratégica sobre o planejamento e execução das medidas emergenciais.

Essa combinação de técnicas permitiu captar um panorama amplo e diverso das experiências e percepções sobre o cuidado psicossocial, dando destaque à transversalidade da equipe e ao papel de cada profissional no enfrentamento da crise sanitária.

3.4 Análise dos Dados

A análise de conteúdo, conforme preconizada por Bardin (2020), foi utilizada para interpretar os dados coletados nos grupos focais e entrevistas. A análise seguiu três etapas:

Pré-Análise: Transcrição e organização dos dados, com leitura exploratória dos depoimentos. Neste estágio, foram identificados os temas e categorias emergentes, como a percepção de sobrecarga emocional, a adaptação às novas práticas de cuidado e a eficácia das políticas públicas.

Exploração do Material: O material foi codificado de acordo com os eixos analíticos previamente estabelecidos, com atenção especial para as diferenças de percepção entre os profissionais de nível superior e os de nível médio. Essa exploração permitiu identificar como a pandemia afetou todos os níveis da equipe, independentemente de sua formação educacional.

Tratamento e Interpretação dos Resultados: Na fase final, os dados foram interpretados à luz das políticas de saúde e do contexto da pandemia. A análise buscou revelar como as diferentes funções e percepções dos profissionais enriqueceram a compreensão do cuidado psicossocial e como as políticas implementadas impactaram tanto os pacientes quanto os trabalhadores da saúde.

A análise também destacou a importância da transversalidade no cuidado psicossocial, reconhecendo que os desafios emocionais e operacionais enfrentados pelos profissionais de nível médio são tão importantes quanto os vivenciados pelos profissionais de nível superior.

3.5 Considerações Éticas

A pesquisa respeitou rigorosamente as normas éticas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo que todos os participantes fossem informados sobre os objetivos e métodos da pesquisa, além de garantir sua confidencialidade. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando que compreendiam e consentiam em participar do estudo de forma voluntária.

As considerações éticas incluíram o respeito à confidencialidade das informações e a preservação da identidade dos participantes, especialmente porque os depoimentos envolvem questões delicadas relacionadas à saúde mental e à vivência emocional durante a pandemia. Os dados foram anonimizados e armazenados em local seguro, acessíveis apenas à equipe de pesquisa. Foi garantido o direito dos participantes de se retirarem da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo à sua relação com os serviços de saúde.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o número de autorização 7.156.549, assegurando que todos os procedimentos fossem conduzidos de forma ética e responsável.

4 ANÁLISE DE CONTEXTO: COVID 19 E A EMERGÊNCIA DO CUIDADO PSICOSSOCIAL

No decorrer deste capítulo foi realizada uma análise detalhada sobre o impacto da pandemia da COVID-19 no campo dos cuidados psicossociais, destacando a necessidade emergente de fortalecer e adaptar esses cuidados diante da crise global. O capítulo examinou como a pandemia trouxe novas vulnerabilidades emocionais e psicológicas, exigindo respostas rápidas e eficazes do sistema de saúde para lidar com o aumento dos casos de sofrimento mental. Foram abordadas as principais transformações nas políticas públicas de saúde durante a pandemia, enfatizando a importância de uma abordagem psicossocial que considera não apenas o tratamento clínico, mas também as necessidades sociais e emocionais dos indivíduos.

A análise incluiu as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde e os desafios estruturais que se tornaram mais evidentes com a sobrecarga dos sistemas de saúde. Além disso, o capítulo discute as estratégias inovadoras para garantir o acesso aos cuidados psicossociais em um cenário de restrições sanitárias e distanciamento social, e como essas políticas foram adaptadas para atender à nova demanda por serviços de saúde. A emergência do cuidado psicossocial foi contextualizada como uma resposta essencial às crises de saúde, destacando as oportunidades e desafios que a pandemia trouxe para a consolidação dessas práticas no Brasil.

4.1 O contexto histórico do campo investigativo: covid 19 e a emergência do cuidado psicossocial

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em janeiro de 2020, declarou o surto da doença do novo coronavírus como Emergência de Saúde Pública de Relevância Internacional. Foi afirmado pela OMS que estávamos sob a ameaça de um vírus com alta transmissibilidade e de distribuição global, em termos gerais, estávamos diante de uma pandemia. Pandemia é um surto epidêmico que atinge a todas as partes do mundo e acomete um grande número de pessoas ao mesmo tempo em diferentes regiões do planeta (Bittencourt, 2020a).

Segundo a OMS (2020), refere-se a uma doença de fácil contágio, que

tem proporções elevadas, transmitida de pessoa para pessoa, identificada facilmente como surto patológico, vindo de um local específico, e que se prolifera desenfreadamente quebrando as barreiras dos continentes, com sintomatologia semelhante, provocando significativa quantidade de mortes nas sociedades espalhadas pelo mundo.

O primeiro registro da doença em seres humanos aconteceu em Wuhan, na China, em 2019. Os primeiros contágios do vírus no Brasil se deram em 2020 e, no mesmo ano, foi anunciado como pandemia mundial por conta de sua disseminação global, de acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2022).

O impacto da conjuntura de notícias e fatos trouxe consigo várias mudanças na vida cotidiana das sociedades, ocasionando transformações drásticas de maneira direta, com implicações no cotidiano sanitário, social, econômico, resultando em desdobramentos na maneira de viver e conviver com o vírus. Esse é o cenário da COVID-19, uma patologia causada pelo Coronavírus (SARS-CoV-2), originária de Whuan, na China, por seu alto poder de transmissão que, segundo (Domingues, 2021), desde então, proporcionou um quadro sanitário sem precedentes nos últimos 100 anos.

A respeito de todas as adversidades advindas pela pandemia, seja pela dor, medo, desordens, muitas transformações de ordem social causaram transtornos significativos na convivência das pessoas, modificando rotinas e relações, contribuindo para emersão de fragilidades, tanto na estrutura dos sistemas de saúde, relacionamentos, cultura, como também nas defesas psicológicas de muitas pessoas que, diante do conflito, passaram a apresentar reações emocionais com características de adoecimentos psicológicos (Bezerra *et al.* 2020).

A OMS (2019/2020) foi obrigada a desenvolver e impor protocolos de segurança como medidas sanitárias necessárias, que afetaram as relações sociais, de trabalho, com desdobramentos em saúde mental, e o distanciamento social (Gostin; Wiley, 2020), além do isolamento social - uma medida ainda mais extrema, usada principalmente nos primeiros meses da pandemia - tanto para se evitar a propagação da doença, como também pela preocupação do surgimento de variantes do vírus, que poderiam ser ainda mais transmissíveis e letais (Pereira *et al.*, 2020).

Entre as principais medidas preventivas para evitar o avanço da COVID-19, destacamos o distanciamento social - uma estratégia que implica no fastamento físico entre as pessoas, em uma distância espacial de dois metros, principalmente

em lugares onde há maior concentração de indivíduos. Some-se a esse o isolamento social, a orientação para que as pessoas permanecessem em suas casas, evitando saídas desnecessárias, e também o recebimento de outras pessoas que não fizessem parte do convívio familiar.

O isolamento social, encarado como estratégia não medicamentosa, junto com a quarentena de pessoas infectadas¹, e indivíduos que tiveram contato com elas, bem como e a prática voluntária ou não de frequentar lugares com aglomeração de pessoas, mostraram-se efetivas em relação ao descontrole no crescimento dos casos de adoecimento por COVID-19 (Qualls *et al.*, 2017; Natividade *et al.*, 2020).

A proposta da OMS para o isolamento social tinha como objetivo resguardar um colapso do sistema de saúde, já que em um contexto pandêmico, não raro, há demandas bem maiores que a oferta, em especial quando se trata de leitos de terapia intensiva e medicação para o tratamento (Ferguson *et al.*, 2020).

No Brasil, migramos de um contexto de saúde para proporções político-ideológicas, ressaltando o caráter sanitário que o isolamento social possui frente ao contexto de pandemia. O governo federal desempenhou, na época, um papel negacionista², não alertando sobre a gravidade que o mundo vivia, e desde o começo do surto foi contra o isolamento social, com justificativas relacionadas à manutenção da economia, postura que desconsiderou a alta velocidade de expansão da infecção e dificuldades de monitoramento e vigilância rígida de casos e contatos. Há que se considerar a alta taxa de 80% de assintomáticos entre os infectados (Werneck; Carvalho, 2020).

A política vigente prejudicou as ações sanitárias conjuntas para barrar o vírus, contribuiu para que pessoas decidissem não respeitar o isolamento, aumentando a taxa de contaminados. Ao sustentar essa atitude, mesmo não dispondo de um sistema de testagem abrangente, que pudesse permitir a identificação precoce dos infectados, assistimos a um sistema de saúde em franco colapso, resultando em um alto índice de mortes.

¹ Entende-se por quarentena: uma medida de saúde pública, que tem como foco uma espécie de reclusão social aplicada às pessoas, que podem ou não terem sido contaminadas pelo agente transmissor de determinada doença, para evitar a sua propagação.

² Entende-se por “negacionismo”: ir contra algo que tem evidência. Você está negando algo que foi muitas vezes comprovado cientificamente”

Não obstante, a campanha de vacinação, que seria outra estratégia recomendada como indispensável para o controle pandêmico, e apesar da força tarefa realizada pelos profissionais na linha de frente, não conseguiu desempenhar o papel esperado, atravessando uma série de problemas. Diante de tais entraves, não conseguiu atingir o grau de organização conquistado nos últimos anos pelo Plano Nacional de Imunização (PIN), tendo como maior opositor os atos e omissões do governo federal brasileiro que, desde o começo da pandemia, negou-se a tomar medidas de controle da doença, contribuindo para seu agravamento no país (Mafei; Santos; Machado, 2021).

Além disso, temos os tristes ocorridos, das resistências administrativas criadas pelo governo federal em relação às medidas de controle da pandemia, recaindo também no planejamento da campanha de vacinação, atrasando a compra e distribuição dos imunizantes aprovados pelos órgãos de saúde e suas equipes, desenvolvendo uma verdadeira guerra ideológica para descreditar as vacinas, o que desencadeou em denúncias de possíveis casos de corrupção (Souza; Buss, 2021).

Vale reforçar que, em um cenário de pandemia vivido por um vírus altamente letal, as pessoas tendem a se sentir mais vulneráveis, pois o estresse causado pelo risco iminente de serem infectadas, a angústia recorrente pelo forte estado de alerta, pelo medo de receberem notícias indesejadas de familiares, vizinhos ou conhecidos, medo da morte pela doença e informações enganosas (*fake news*) sobre a real situação do quadro pandêmico interagem com sentimentos são comuns durante epidemias e pandemias, e podem vir a aumentar o risco de transtornos mentais, como ansiedade e depressão (Machado *et al.*, 2020).

As famílias viviam o medo e o desconhecimento diante da doença e sua letalidade. Passavam por um momento em que suas vidas estavam sendo afetadas significativamente pelas relações interpessoais e pessoais, tendo em vista os impactos provocados por medidas como o distanciamento social, que trouxe mudanças drásticas nos padrões de comportamento das comunidades, com o fechamento de escolas, a mudança na logística e nas formas de trabalho, minimizando e obstando o contato próximo entre as pessoas.

Para a saúde/saúde mental, de forma paradoxal, o extenso convívio dentro de casa ampliou o risco de desajustes na dinâmica familiar, somando a isso outras situações que tornam vulneráveis as relações familiares, como as mortes de

entes queridos em um curto espaço de tempo, juntamente à dificuldade para realizar os rituais de despedida, dificultando a experiência de luto e impedindo a adequada ressignificação das perdas, aumentando o estresse. As reduções de renda e o desemprego, por sua vez, pioraram ainda mais a tensão sobre as famílias (Who, 2022).

Desta forma, destaco a importância de evidenciar que a COVID-19 revelou não só a importância das relações sociais para a saúde/saúde mental, mas também a vulnerabilidade dos sistemas de saúde, pois, diante da alta demanda por procura pelos serviços de saúde e de saúde mental, esses equipamentos entraram em colapso em muitos lugares do mundo, mesmo nos considerados bem estruturados, o que veio a contribuir ainda mais para a manutenção do isolamento social, tida como atitude mais adequada para evitar a alta nos casos da doença, mas que, em contrapartida, afetou negativamente a dinâmica emocional das pessoas (Horton, 2020).

Estima-se que de um terço à metade da população mundial apresentou algum tipo de transtorno mental relativo à experiência com a pandemia de COVID- 19, em interação com a força do evento sobre o mundo, variando de acordo com a condição social dos indivíduos, tempo e a efetividades das ações dos governos no contexto socioeconômico ao longo da realidade pandêmica (Fiocruz, 2020).

O Conselho Regional de Psicologia do Paraná, em 2009, calculou em uma pesquisa sobre desastres naturais que, para cada afetado por um desastre, há, no mínimo, quatro traumatizados psicologicamente e, conseqüentemente, essas pessoas vão necessitar de assistência profissional. A pandemia da COVID-19, considerada um desastre biológico transfronteiriço (Engelke, 2020), divide aspectos com vários desastres naturais que foram previamente investigados, constando como uma das mais devastadoras crises de saúde pública vividas em um século (Gesi *et al.*, 2020).

Oficialmente, causou 710.704 mortes (Brasil 2024), até o momento em que este estudo foi escrito, e é esperado um número ainda maior de pessoas enlutadas, que não puderam viver suas dores, chorem seus lutos e sejam deixadas para trás (Gesi *et al.*, 2020). A COVID-19 produziu em uma grande parte da população uma sobrecarga emocional, despertando um estado de constante alerta, por medo de ser contaminado, por exemplo, o que deixa o corpo em estado de hipervigilância, podendo ativar o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e causar níveis elevados de glicocorticoides, que têm estreita relação com a ansiedade e transtorno

depressivo (Lupien *et al.*, 2009).

O tema da saúde mental da população global tem crescente importância na contemporaneidade. Falar em saúde mental não é falar sobre doença mental, mas sobre a integralidade do sujeito e sua vulnerabilidade, sobre suas necessidades. Diante de todas as mudanças vividas, e das sequelas que a pandemia impôs ao mundo, a saúde/saúde mental vive seus agravamentos como um desdobramento importante nestes últimos anos, o que tem afetado a toda a sociedade. Segundo o Ministério da Saúde, em 2020, as maiores tensões vividas eram:

Quadro 1- Tensões vividas durante a pandemia

1. Medo de ficar doente e morrer;
2. Evitação de procurar um serviço de saúde por outros motivos, por receio de se contaminar;
3. Preocupação com a obtenção de alimentos, remédios ou suprimentos pessoais;
4. Medo de perder a fonte de renda, por não poder trabalhar, ou ser demitido;
5. Alterações do sono, da concentração nas tarefas diárias, ou aparecimento de pensamentos intrusivos;
6. Sentimentos de desesperança, tédio, solidão e depressão devido ao isolamento;
7. Raiva, frustração ou irritabilidade pela perda da autonomia e liberdade pessoal;
8. Medo de ser socialmente excluído ou estigmatizado por ter ficado doente;
9. Sentir-se impotente em proteger as pessoas próximas, ou medo de ser separado de familiares por motivo de quarentena/ isolamento;
10. Preocupação com a possibilidade de o indivíduo ou de membros da sua família contraírem a COVID-19 ou a transmitirem a outros;
11. Receio pelas crianças em casa não receberem cuidados adequados em caso de necessidades de isolamento;
12. Risco de deterioração de doenças clínicas e transtornos mentais prévios ou, ainda do desencadeamento de transtornos mentais;
13. Risco de adoecimento de profissionais de saúde sem ter substituição adequada;
14. Medo, ansiedade, ou outras reações de estresse ligadas a notícias falsas, alarmistas ou sensacionalistas, e mesmo ao grande volume de informações circulando.

Fonte: <https://bvsmis.saude.gov.br/saude-mental-e-a-pandemia-de-covid-19/>

Essa sobrecarga emocional em boa parte da população, atrelada ao medo da morte, o receio da despedida de pessoas próximas, recessão econômica, perda de poder de compra, incertezas quanto ao futuro, fragilizou as defesas psicológicas de muitas pessoas ou mesmo intensificou as já existentes (Golberstein *et al.*, 2019). Pandemias não são apenas um fenômeno biológico, trazem diversos efeitos nos

indivíduos e no funcionamento social em vários níveis, causando perturbações de outras ordens, dentre elas, mentais, (Faro *et al.*, 2020): somos um ser biopsicossocial.

4.2 A Política de Saúde no Brasil

A implantação do SUS e seus princípios norteadores, assim como a Reforma Psiquiátrica, são um marco importante na história da saúde, pois abriu novas perspectivas, quebrando ideias hegemônicas de que a saúde física se distancia da saúde mental, ideias engessadas sobre o ser humano baseadas em preconceitos, a partir das quais os sujeitos eram definidos por seus transtornos e crises, isolados e submetidos a aprisionamentos sob a ideia da ameaça do “normal”. Quebrar esse conceito é ampliar o olhar e compreender que os transtornos psiquiátricos e as crises que o sujeito vive em seu cotidiano não o definem, de que ninguém é perfeito, que todos possuem limites.

A Saúde Mental de uma pessoa é inerente à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções, mas também com seu bem estar social, econômico, sua segurança física, alimentar, suas relações familiares, seus vínculos com o mundo em que vive o que extrapola o olhar apenas da subjetividade.

Contudo, ainda hoje, falar de saúde mental, impulsiona a ideia de doença mental, o que provoca preconceito e dificuldades para buscar ajuda; no entanto, alguém com transtorno psiquiátrico ou não, será impactado por suas demandas cotidianas, assim como reagirá a elas a partir de suas realidades.

A Lei 10.216 de 2001, que estabelece a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental - considerando o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, assim como as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), trouxe consigo a exigência de que os estados e municípios se organizassem para a mudança do modelo assistencial vigente, procurando articular a implantação dos serviços e ações dentro das normativas propostas pelo Ministério da Saúde, oriundas desta Lei, que seriam os cuidados psicossociais, o olhar descentralizado da doença psiquiátrica, mas voltada para a integralidade do sujeito em seu ambiente familiar e comunitário, tendo o apoio necessário dentro de suas demandas.

Entretanto, somente em 2011 houve a implantação a nível nacional da

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), reorganizando, excluindo e criando normativas para a implantação de serviços não previstos anteriormente, propondo uma lógica da atenção psicossocial transversalizada, que pudesse acolher os diversos pontos de atenção, além dos específicos de saúde mental, incluindo: atenção primária à saúde, atenção psicossocial especializada, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Lei Federal, Portaria nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002).

A RAPS trouxe a possibilidade de redirecionar o modelo assistencial em saúde e principalmente em saúde mental e efetivar o proposto no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando extinguir a dicotomia do que é saúde e saúde mental. Historicamente, a saúde esteve atrelada à doença. O conceito de saúde reverbera muito a partir da conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, das comunidades dos sujeitos por elas afetados, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas.

Com o advento e a promulgação do SUS, através da Constituição Federal de 1988 definiu-se, em seu artigo 196, que a saúde a partir de então, seria um direito de todos e um dever do Estado. Anteriormente, a saúde era resguardada às pessoas ricas com atendimentos particulares ou às pessoas empregadas com carteira assinada, assistidas pelo INAPS/INPS sistema previdenciário da época. Os demais eram atendidos por serviços voluntários, geralmente dirigidos por igrejas e associações como, por exemplo, as santas casas de misericórdias (Hoffmann, 2006).

Outro paradigma quebrado é que a saúde sai de uma lógica baseada na ausência da doença, e passa para integralidade do sujeito. Para atingir a tais objetivos, foram implantadas as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na própria Constituição (BRASIL - Lei nº 8.080).

Vale ressaltar que falar sobre saúde requer refletir sobre as condições impostas a cada sujeito. As situações adversas tornam injusto o olhar igualitário, e aí temos as iniquidades em saúde. As iniquidades em saúde são diferenças comedidas no estado de saúde de certos grupos populacionais. Tais diferenças geram prejuízos sociais e econômicos significativos tanto para os sujeitos quanto para as sociedades, no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde, entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem,

crecem, vivem, trabalham e envelhecem. As iniquidades em saúde são injustas e poderiam ser reduzidas com a combinação certa de políticas governamentais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, “há ampla evidência de que fatores sociais, incluindo educação, situação de emprego, nível de renda, gênero e etnia têm uma influência marcante sobre a saúde de uma pessoa”. Em todos os países, sejam de baixa, média ou alta renda, existem grandes disparidades no estado de saúde dos diferentes grupos sociais. Quanto mais baixa a posição socioeconômica de um indivíduo, maior o risco de problemas de saúde (Fiocruz, 2018).

Nesse sentido, Foucault (2004) destaca que a saúde mental carrega sobre si uma conceituação da loucura ou da doença mental que até hoje vive no imaginário coletivo, caminhando sobre uma linha muito tênue, em seus escritos, aponta-nos para a ‘desrazão’ da Idade Média e para a maneira como a ciência conseguiu, de forma tão regalada, segregar os loucos e perturbados, para um espaço antes ocupado pelos leprosos, banindo a loucura do mundo social.

Através da observação, Pinel desenvolveu delineamentos de uma primeira classificação das doenças mentais, assim dispostas: melancolias; manias sem delírio; manias com delírio; e demências. Pinel desafiou a sociedade francesa ao soltar as amarras dos loucos do Hospital Geral de Paris (Amarante, 1994; 2003). Tal ato é considerado por alguns autores como a primeira revolução psiquiátrica que se tem notícia, seguida pela criação do modelo de inconsciente de Freud e a instituição da prática da psicanálise no final do século XIX, e, a partir de meados da década de 1960, a criação da Psiquiatria comunitária (Birman, 1978).

Sob um olhar sociológico, a loucura é um fenômeno social que se sobressai ao próprio conceito (Silva, 2007). Múltiplos estudos apontam sobre o respeito dos estigmas sofridos por pessoas em sofrimento psíquico e como essas marcas pesam no momento de suas vidas, em que buscam atendimento e cuidado nos serviços de saúde (Oliveira; Pitta, 2017; Parker, 2013) também apontam como os estigmas e preconceitos vivenciados pelas pessoas que tardam a buscar por ajuda. As dimensões sociais, educacionais, culturais, religiosas são alguns exemplos que perpassam os estigmas e preconceitos em saúde mental, e que acompanham há tempos as populações mais vulneráveis, segregando e tornando ainda mais forte o sofrimento e os efeitos negativos em suas vidas.

A palavra estigma para os gregos se referia a sinais corporais a partir dos quais se procurava evidenciar algo de extraordinário, como algum mau sobre o estado

moral de quem os apresentava. Na contemporaneidade, o conceito é utilizado de maneira literal original, sendo mais aplicado à própria questão, ou seja, o termo é usado em sua terminologia e em sua forma mais cruel, estigmatizando o outro.

Foucault (2004) afirma que é próprio de nossa cultura dar à doença o sentido do desvio, e ao doente um *status* que o exclui. Apesar de todos os avanços em saúde e de todas as conquistas com a reforma psiquiátrica, ainda existe o estigma da loucura, que impede o exercício da cidadania. Link e Phelan (2001) classificam que o estigma ocorre quando há rotulação, estereotipagem; separação; perda de status e discriminação que ocorre de forma recorrente e simultânea.

Compreender que os aspectos sociais e econômicas são intrinsecamente afetadas pela estigmatização é essencial, pois, a partir daí, nasce a possibilidade de uma busca por políticas equânimes, onde saúde/saúde mental passam por um conjunto de ações integradas que visem à qualidade de vida e integralidade do sujeito, centrada em suas possibilidades e potências.

O estigma gera preconceito que despotencializa suas ações, expõe suas dores e violenta sua essência, baseada na fragilidade, tornando quase impossível a inserção no mercado de trabalho, gerando escassez de oportunidades e, conseqüentemente, a exclusão social e o afastamento do convívio em seu território e na sociedade.

4.2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL: POR QUE FALAR?

Para compreender os desafios que a COVID-19 trouxe para as políticas de saúde nos cuidado psicossocial, faz-se necessário um olhar sobre a saúde mental, afinal passamos por uma conjunta de fatores estressores que apontam caminhos para à ansiedade e à depressão como solidão, confinamento, medo de se infectar, sofrimento e morte de entes queridos, luto e preocupações financeiras, fatores que exigem um olhar sobre a política de Saúde Mental, o caminho percorrido durante seus avanços, conquistas, os gargalos e demandas em seu trajeto até aqui.

A Política de Saúde Mental no Brasil nasce a partir de lutas e conquistas durante os anos de 1970, acompanhando os movimentos sanitários, a produção de tecnologias de cuidado, a luta por uma saúde coletiva e antimanicomial, os movimentos sociais e a emergência na busca por uma reforma psiquiátrica. Esse movimento caracterizou-se, progressivamente, como uma força construída a partir da

articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime da época. Os anos seguintes, de 1980, constituíram um marco importante na política brasileira, com destaque para o processo de democratização do País.

Em 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, instituindo-se no país o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro das diretrizes do SUS, propõe-se a implantação de uma rede de serviços aos usuários, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas (Brasil, 1990).

Surge então um conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público com foco na qualidade de vida do sujeito tendo como elementos doutrinários e de organização os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular (Conselho Nacional de Saúde, 1990).

O manejo profissional e as condutas passam a ser baseados em evidências científicas e em concordância com a lei 8.080/90, que define a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e não mais nos atendimentos previdenciários marcados pela segregação social (Brasil, 1990).

Embora a Política de Saúde Mental caminhe em sua construção, estando previsto o acesso via Sistema Único de Saúde (SUS), ainda prevalece a falta de universalização ao atendimento psicossocial. Fatos como a precarização dos serviços em saúde e a falta de investimentos têm levado os equipamentos, os profissionais e a população a situações de desgaste e superlotação nos postos e hospitais, sufocando a proposta do cuidado baseado na integralidade (Casulo; Alves, 2018).

A sociedade brasileira, nos meados dos anos de 1970, tinha como bandeira de luta a democratização do país. Antes confinada às universidades, aos partidos clandestinos e aos movimentos sociais, essa luta passa cada vez mais a ser localizada no interior do próprio Estado. Nas eleições de novembro de 1974, a classe média urbana e amplos setores da população mais empobrecida, expressam-se politicamente, pela primeira vez, retirando o seu apoio ao regime militar elegendo prefeituras opositoras que apresentavam experiências inovadoras.

Os primeiros sinais do desgaste do modelo político do governo militar e as consequências sociais da concentração da riqueza começam a aparecer no final do governo do general Médici (1970-1974), e poderia ser assim resumido:

A permanente repressão política não mais conseguia conter as consequências impopulares do modelo de desenvolvimento econômico. A subordinação ao mercado mundial, tornada muito mais forte, resultou na profunda vulnerabilidade do país, frente às crises gerada internacionalmente. A elevação dos preços de determinadas matérias-primas imprescindíveis ao país, como o petróleo, e a concomitante desvalorização dos produtos exportados pelo Brasil (café, açúcar e algodão, por exemplo) tornam a balança comercial profundamente desfavorável ao país. Por outro lado, a perda do poder aquisitivo do salário mínimo, associado a um processo de intensa migração do campo para a cidade, rebaixou as condições de vida da população (Escorel, 2008, p. 62).

A estratégia de distensão política, iniciada nesse governo, possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações empobrecidas. A política de saúde vigente enfatizava uma medicina de cunho individual e assistencialista, privilegiando uma prática médica curativa em detrimento de ações criativas e inovadoras no campo da saúde coletiva, favorecendo a um processo de corrupção incontrolável, por parte dos setores privados que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e alargavam os atos médicos, optavam por internações mais caras, procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos antigos, entre outros expedientes (Teixeira e Oliveira, 1985).

Nesse contexto, para legitimar-se, o regime precisava investir em políticas sociais. O planejamento estatal gerou, então, espaços institucionais que foram ocupados por técnicos ligados ao movimento sanitário, na ausência de quadros do governo para ocupá-los.

O setor saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-americana de Saúde (Ppreps/Opas) serviram como pilares institucionais que estimularam a estruturação e a articulação do movimento sanitário (Escorel, 2008, p. 69).

Os movimentos sociais à época engajaram-se priorizando o fortalecimento das políticas públicas e a construção das bases de um Estado de Bem-estar Social. As reivindicações de soluções imediatas para os problemas criados pelo modelo de saúde existente e as denúncias sobre a situação caótica da saúde pública e dos

serviços previdenciários de atenção médica se tornaram mais frequentes. (Escorel, 2008, p. 69).

Diante do contexto, emerge, a partir dos movimentos reivindicatórios urbanos, da construção de uma frente partidária da oposição, da integração do novo sindicalismo e da organização de movimentos setoriais, a capacidade de formular projetos de reorganização institucional: o Movimento Sanitário.

O movimento caracterizou-se, progressivamente, como uma força construída a partir da articulação de uma série de propostas contestatórias ao regime. Para viabilizar suas propostas, criou-se o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), em julho de 1976, a partir da sugestão de um grupo de médicos do curso de saúde pública da Universidade de São Paulo (USP), na sua maioria oriundos dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) das Faculdades Federais.

A *Revista Saúde em Debate* (informativo criado pelo CEBES), destacou-se como um veículo divulgador da plataforma de lutas e um canal de debates do movimento sanitário, empenhando-se em denunciar as iniquidades da organização econômico-social e a perversidade do sistema de saúde privatizado (Rodriguez Neto, 2003).

Os anos de 1980 se constituíram como um marco importante na política brasileira, com destaque para o processo de democratização do País. Esse processo colocou novas perspectivas de crescimento econômico com justiça social que acompanhariam a cena política democrática, aproximando a América Latina das social-democracias europeias. Neste tempo de esperanças, desenvolveram-se a ideia e a proposta da reforma sanitária brasileira, que se expressaram em um complexo projeto, cujo fundamento se iniciou após a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e adquiriu formalização a partir da Constituição de 1988.

A RSB (Reforma Sanitária Brasileira) já ultrapassa três décadas e caracteriza-se por um longo processo de luta e resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático capaz de se vincular à democratização da saúde, assumindo suas responsabilidades perante a saúde da população.

A RSB, na sua origem, não se reduz a uma proposta política de saúde, mas significa um dos processos que a época resgata para reverter as enormes desigualdades sociais e a extrema extensão da pobreza, criando as condições para a

universalização de direitos sociais à toda população. Sua proposta não se limita a uma política de proteção social ou a uma reforma setorial, mas apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais, contribuindo para o processo de transição à democracia.

Considerando a RSB como um fenômeno sócio-histórico, Paim aponta para uma análise da mesma como ideia-proposta-projeto-movimento-processo:

Ideia que se expressa em percepção, representação, pensamento inicial; *proposta* como conjunto articulado de princípios e proposições políticas; *movimento* como articulação de práticas ideológicas, políticas e culturais; *processo* enquanto encadeamento de atos, em distintos momentos e espaços que realizam práticas sociais-econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas (Paim, 2008, p. 36).

O diálogo entre esses momentos tem uma relação estreita, pois eles se encontram dialeticamente imbricados e necessitam de relações sociais que possibilitem a práxis dos sujeitos. Segundo Paim (2008), uma ideia, em si mesma, sem relações sociais que a transformem em proposta, projeto, movimento, política e prática, é apenas uma ideia.

Dessa forma somos levados a refletir que as ideias se expressam pela renovação do desenvolvimento histórico real: “Em suma, deve sempre valer o princípio de que as ideias não nascem de outras ideias, de que as filosofias não são geradas de outras filosofias, mas são expressão sempre renovada do desenvolvimento histórico real” (Gramsci, 1999, p. 246)

Diante do exposto, podemos então perceber que somente com o processo de democratização nos anos de 1970 e 1980, no bojo do protagonismo e da participação popular, é que nasce uma crítica às políticas sociais do Estado vigente, com elaboração de alternativas no campo da saúde. Esse novo olhar com enfoque social fornece as bases para a formação do movimento de reforma sanitária como via de enfrentamento da questão da saúde em suas múltiplas dimensões, numa perspectiva democrática.

4.3 Reforma sanitária brasileira: uma triade de desafios projeto/movimento/processo para a reforma psiquiatra.

É importante enfatizar que a reforma sanitária brasileira (RSB) se refere

a um amplo movimento, que surge em meados dos anos de 1970 como parte de um movimento maior, que se ampliava em diversos segmentos da sociedade, rompendo barreiras ideológicas, políticas, tendo como uma de suas diretrizes a ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas e segregadas no processo histórico de acumulação do capital com a limitação dos direitos civis durante os anos de autoritarismo.

A tríade de desafios que enreda a RSB: projeto/movimento/processo passou a ocupar importantes espaços a partir da abertura política do país, ancorada nas lutas contra o autoritarismo e expressando-se em um projeto que adquiriu formalização a partir da Constituição de 1988, puxando consigo a abertura para novos tempos, abrindo oportunidade de rever os paradigmas firmados em ideologias opressoras principalmente tratando-se de saúde.

As bases teóricas que fundamentaram a construção do projeto da RSB podem ser encontradas na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva. Este projeto, traduzindo o corpo doutrinário da reforma e um conjunto de proposições políticas, fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise de autoritarismo, crise das condições sanitárias da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde (Fleury, 1988; Paim, 2008, p. 154).

Assim, o movimento sanitário liderado por um conjunto de intelectuais, profissionais de saúde, militantes sindicalistas e de movimentos sociais, para além de setores da Igreja Católica progressista, que à época representavam os setores de ponta organizados da sociedade - tendo como ambiente a luta pela redemocratização da saúde, ocuparam espaços institucionais buscando o exercício e a operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde.

Este movimento configurou-se de modo inovador, criando as possibilidades para o desenvolvimento de seu projeto:

A constituição do movimento sanitário como ator político adotou como estratégia, por um lado, a difusão e ampliação da consciência sanitária, com vistas a alterar a correlação de forças e a inserir-se no processo de construção de uma sociedade democrática. Por outro lado, sob a bandeira Saúde e Democracia (ou seria, Saúde é Democracia?), o movimento da Reforma Sanitária alia a eficiente organização política do movimento social com a busca de um projeto alternativo para o sistema de saúde (Fleury, 1997, p. 28-29).

Os atores sociais engajados no movimento sanitário buscavam mudanças no setor saúde de forma a torná-lo democrático, acessível, universal, e socialmente equitativo. Campos expressa a dimensão do envolvimento dos sanitaristas na luta pela construção do SUS:

Creio que muito dos meus colegas de saúde pública foram marcados por uma paixão pela vida, por um desejo de combinar o trabalho com algum tipo de militância e se destacaram por uma grande dedicação a causas sociais e humanitárias. Muitos sanitaristas de minha geração se envolveram com a luta contra a ditadura militar e com a construção de uma política de saúde generosa, que mais tarde se materializaria no que seria o SUS (Campos, 2008, p. 121).

Nesta conjuntura, o primeiro número *do Jornal Proposta*, principal periódico da Reforma Sanitária, publicou um texto que sublinhava a natureza política do processo da RSB e explicava seus pressupostos:

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde, o que pressupõe: a) uma visão de saúde como um processo resultante das condições de vida; b) a garantia de que a atenção à saúde não se restrinja à assistência médica, mais diga respeito a todas as ações de promoção, proteção e recuperação; c) a inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, daí decorrendo a natureza social das ações e serviços de saúde, subordinados ao interesse público; d) a reorganização e redimensão do setor saúde de forma a permitir o acesso universal e igualitário de toda a população e a todos os ações e serviços necessários, sem discriminações.

De acordo com Machado (2020, P. 43), faz-se necessário, frente às carências e distorções vigentes, a formulação de uma Política Nacional de Saúde que se oriente pelos seguintes princípios:

- Constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) em âmbito nacional com comando único em cada esfera de governo;
- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- Distrito sanitário como unidade operacional básica do SUS, com responsabilidade definida sobre uma dada população residente em uma determinada área;
- Gestão colegiada na formulação e controle da política e das práticas institucionais.

Assim, este periódico da época trouxe contribuições acerca da RBS procurando refletir com seus leitores sobre o que seria o SUS, e aos poucos

despertando o protagonismo de um Estado democrático de direito, pautado na ampliação da participação política e cidadã com a garantia dos seus direitos fundamentais, especificamente no que se refere aos direitos em saúde.

4.3.1 Construções e (des)construções do direito à saúde

Sob o marco da Constituição de 1988, os direitos sociais foram tratados como direitos de cidadania, aos quais todos os cidadãos brasileiros estão investidos e que devem ser garantidos pelo Estado. Essa mudança expressou o momento em que a correlação de forças favoreceu a esses direitos com a intenção de construir uma sociedade cuja base fosse a justiça social. Hoje, passados mais de 20 anos de promulgação da Constituição, ainda resta muito a se definir para a concretização desses direitos; antigos e novos conflitos se apresentam no processo de negociação da política de saúde, apesar da legislação inovadora e progressista.

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema de saúde no país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização. A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

1. A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (Brasil, 1988).
2. A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo território nacional (Brasil, 1990).
3. A Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990).

Além disso, há diversas normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema. Mas a estrutura formal do SUS está disposta nesses três documentos citados.

Nesses mais de 20 anos de constituição do SUS, a partir de seus princípios

e diretrizes, apesar de reconhecido legalmente e implantado em quase todo o país, ainda está muito distante de atingir seus objetivos na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral (Mattos, 2001). Mas seu reconhecimento legal e seus embates diários nos serviços de saúde, na comunidade, nos conselhos de saúde, nas secretarias e nas instituições de formação de profissionais são uma motivação permanente para fazer valer a luta histórica pelo direito à saúde.

Atualmente, diversos interesses econômicos, políticos e culturais estão em jogo na arena sociopolítica brasileira e colocam em disputa projetos sanitários e societários distintos, impedindo muitas vezes o avanço do SUS, como em governos recentes que reduziram o papel do Estado nas políticas sociais e as influências de organismos e pressões internacionais a favor de sistemas públicos simplificados e precarizados de saúde. O modelo democrático e descentralizado proposto pelo SUS, ao mesmo tempo em que amplia a arena de participação social na formulação e implantação de políticas públicas, implica também no debate e a coexistência de estratégias de hegemonia e de contra hegemonia, no contexto da sociedade brasileira.

É decisivo, portanto, demarcar a ruptura que a inscrição da saúde como direito de todos e dever do Estado provocou no formato clássico de intervenção estatal no setor. A partir de então, a atenção à saúde em seu sentido amplo e mesmo no sentido mais restrito, a assistência nos serviços de saúde deixa de ser uma prerrogativa exclusiva dos contribuintes da previdência social e passa a ser reconhecida como direito universal. Além disso, o reforço à responsabilidade do Estado na provisão dos serviços e ações de saúde, articulado às mudanças nos mecanismos de financiamento da área social, resgata o modelo de seguridade social: a provisão e financiamento públicos.

Assim, o SUS como importante inflexão no campo do direito à saúde no Brasil, é ponto de partida para a institucionalização de importantes inovações, tanto políticas quanto sanitárias tais como:

1. Uma concepção ampliada do processo saúde-doença, que passa a ser entendido como resultante das condições de vida de uma dada população e das diferentes e desiguais condições de acesso à riqueza socialmente produzida e aos serviços sociais e de saúde;
2. O entendimento de que a saúde é um direito universal, devendo ser garantido a todo cidadão brasileiro, independente de sexo, idade, classe social, raça e etnia, orientação sexual e contribuição prévia. Na prática, este entendimento implicou a

ruptura com o padrão clássico de seguro social que modelou a assistência médica previdenciária desde os anos 30 do último século e que foi aprofundado nos anos da ditadura militar;

3. O reconhecimento da responsabilidade do Estado pela provisão e gestão da atenção à saúde e a afirmação do caráter complementar do setor privado neste processo. A expressão constitucional de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” demarca bem o sentido inovador da responsabilização do Estado pela atenção à saúde;

4. A afirmação da necessidade de criação de mecanismos institucionais voltados a uma maior democratização e participação popular nas decisões em torno da saúde, rompendo com o passado recente de fechamento dos canais de diálogo e participação social.

5. A defesa da descentralização das ações e serviços de saúde, com comando único em cada esfera de governo.

Dentro desse contexto precarizado, aonde a vida laboral e psicossocial dos trabalhadores da saúde já vinha sendo afetada, um cenário complexo e paradoxal de transformações, adequações e sobrecarga nos equipamentos de assistência psicossociais, deparamo-nos, no início de 2020, com a pandemia do novo Coronavírus, multiplicando demandas e impondo novas formas de atendimento dentro de uma realidade que transcende o medo, fragilidades e alta pressão em seus usuários e trabalhadores (Wu; Sytra; Gold, 2020). Deparamo-nos também com as novas regras sanitárias para o enfrentamento da pandemia. Novas regras, novas formas de intervenção, o esgotamento profissional, pelo aumento da jornada de trabalho e a redução do tempo de descanso, esgotamento emocional pelos altos índices de morte, pressão pela própria segurança e dos seus familiares, redução das já baixas remunerações e a falta de fornecimento e treinamento para uso dos Equipamentos de Proteção Individual-EPI (Wu; Sytra; Gold, 2020).

4.4 Um olhar sobre o medo da doença: quando o medo se transforma em um sintoma tão grave quanto a doença

A pandemia trouxe consigo várias mudanças no estilo de vida mundial, a preocupação com um vírus letal fortemente contagioso desencadeou em uma série

de tomadas de decisões abruptas, como o distanciamento social (orientação de dois metros entre pessoas desconhecidas), isolamento social (*lockdown*), quarentena para infectados, a paralisação do comércio, uso de máscaras, álcool em gel, testagem rápida para COVID-19, prioridades por classificação de emergência e urgências hospitalares, promovendo um cenário de medo e incertezas que passavam pelo constante temor de ser infectado ou de infectar outras pessoas, além de sofrimento pela possibilidade de perder um amigo, alguém da família ou até mesmo o emprego, devido aos problemas econômicos que a pandemia acentuou.

Nunca foi tão importante sentir-se saudável, em paralelo a isto, nunca foi tão ameaçador sentir-se doente; mas, afinal, o que é saúde ou o que é doença? Georges Canguilhem, em seu livro “O Normal e o Patológico”, apresenta um olhar crítico aos conceitos de normalidade e patologia, e do papel que eles desempenham na medicina, o que revolucionou, pois a ideia sempre foi aceitar a doença e a saúde como opostos absolutos, apontando para um modelo curativista hospitalocêntrico. Canguilhem, então, quebra o que os conceitos de normalidade e patologia desenhavam em suas certezas, traçando a ideia de relativos em seus contextos: “norma que não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida, pois é incapaz de se tornar outra norma” (p. 145).

Essa visão de Canguilhem tem um impacto significativo na medicina, pois rompe com a ideia de uma medicina concentrada apenas na cura, voltando-se para a promoção e prevenção da saúde, assim como na redução de danos e qualidade de vida do sujeito, ainda que fora do campo da normalidade de acordo com os padrões médicos. O autor traz a ideia de um cuidado integrado e equânime, quebrando um paradigma do pensamento medicalocêntrico, desafiando os conceitos tradicionais de normalidade e patologia e engajando-se em um cuidado centrado na pessoa e em sua integralidade.

Ora, como nos pareceu reconhecer na saúde um poder normativo de colocar em questão normas fisiológicas usuais pela procura de debate entre o vivente e o meio — debate que implica a aceitação normal do risco da doença —, do mesmo modo nos parece que a norma em matéria de psiquismo humano é a reivindicação e o uso da liberdade como poder de revisão e de instituição de normas, reivindicação que implica normalmente o risco da loucura (Canguilhem, 2012, p. 168).

Seu pensamento propõe uma “inversão” de conceitos, ou seja, Canguilhem (2012) relata que no processo de classificar os indivíduos como normais, assegura

que, na sua concepção, o “doente mental” e “o anormal” na verdade são aqueles ditos normais. Isso porque, segundo ele, o indivíduo, por estar restrito e imerso nas normas pré-estabelecidas pela sociedade, já não tem capacidade de ir além ou de idealizar outras normas.

Nada pode ser simplesmente considerado normal ou anormal, porque isso vai depender dos contextos vivenciados, condições sociais e econômicas. O que é considerado normal para mim, pode ser considerado anormal em outra situação: dessa forma, o conceito não é estático, mas também se transforma ao longo do tempo. Por exemplo, podemos citar os sinais gripais antes da pandemia, durante a pandemia e no momento atual após as vacinas.

Assim, a doença caracteriza-se por uma incapacidade do corpo em se colocar de maneira normativa, o que não significa dizer que a doença sugere uma desordem. Dentro desse olhar, a doença também obedece a certa normatividade, pois a doença tem seu próprio funcionamento. Nessa perspectiva, para Canguilhem (2012), a normatividade no campo da saúde mental é caracterizada através da força normativa, a qual é vista como liberdade individual, revisão e criação de novas normas. Dito de outra maneira, a saúde mental se configura como certa disposição de superar crises psíquicas para restabelecer uma nova ordem mental.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. No entanto, se dermos um pequeno mergulho na história, veremos que o modelo de saúde passava pela ausência de doenças. O modelo curativista hospitalocêntrico foi usado na ditadura militar, no qual priorizava a construção de hospitais, a fabricação de remédios e a cura de doenças. O governo não se preocupava com as más condições de moradia e alimentação da população vulnerável.

Com o advento do SUS, dentro de um contexto de retorno ao Estado democrático, a nova Carta Constitucional, promulgada em 1988, assumindo a saúde como direito individual e dando origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde, altera profundamente a organização da saúde pública no país. Dessa forma, a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado. A partir da lei 8080/90, tem-se como marco legal do SUS a descentralização, a integralidade, a equidade (descrita como igualdade da assistência) e a participação da comunidade.

Durante a pandemia ficou evidente que a integralidade, como princípio do Sistema Único de Saúde, busca garantir ao indivíduo uma assistência à saúde que transcenda a prática curativa, contemplando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural. No entanto, esse princípio não vem se realizando, pois pouco tem conseguido alcançar seus objetivos: o que é doença para alguém que mora na periferia, sem conseguir o acesso do direito a integralidade? (BRASIL. Lei nº 8.080)

O isolamento social não foi possível para quem mora ou vive em situação de rua, assim como nas periferias, por exemplo. Dessa forma, podemos perceber que o bem-estar não passa por um único viés, mas implica em seguir o princípio da sustentabilidade da vida, a inclusão de um olhar equânime (Engelhardt, 2012), que as diferenças nas condições de saúde estão associadas a fatores sociais – aspectos nutricionais e hábitos cotidianos; diferenças de gênero e étnico-raciais; ocupação, trabalho e renda; condições de moradia e aspectos ambientais diversos; acesso à educação e a serviços de saúde; assim como a fatores de natureza macrossocial, como as políticas de saúde e macroeconômicas, organização do Estado e o ‘contexto socioeconômico e político’ em sentido amplo.

A pandemia colocou em evidência que essa definição, até avançada para a época em que foi realizada, é, no momento, irreal e unilateral, pois trouxe de maneira dramática o problema das iniquidades em saúde, levando as instituições a corrigir certas distorções, como a ausência de transparência, demora de ações, implantação de protocolos alterando a dinâmica cotidiana no sistema e na relação com o outro (Siqueira, 2021).

Mattos (2005a) potencializou três vezes sobre a ‘integralidade’ que tem por base a gênese desses movimentos: a ‘integralidade’ como traço da boa medicina, que seria uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde sem reduzi-lo ao aparelho ou sistema biológico, buscando ouvir suas necessidades no que diz respeito à sua saúde; e ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas, como sendo a intervenção do Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde.

A necessidade de articulação entre uma demanda programada e uma demanda espontânea aproveitando as oportunidades geradas pela aplicação de protocolos de diagnóstico e identificação de situações de risco para a saúde, assim

como o desenvolvimento de conjuntos de atividades coletivas junto à comunidade e a 'integralidade' como respostas governamentais a problemas específicos de saúde: nesse, há o conjunto de sentidos sobre a 'integralidade' e as políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem a certo grupo populacional (Matos, 2005a).

Retomando Canguilhem, e procurando amparo em um conceito ampliado de saúde (onde a saúde não tem relação somente com a ausência de doenças, mas a fatores condicionantes e determinantes do bem-estar físico, mental e social como: alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte e lazer), a saúde seria, portanto, mais do que ser normal; é ser capaz de estar adaptado às exigências do meio, e ser capaz de criar e seguir novas normas de vida, já que "o normal é viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis" (p. 188). A saúde pode, por fim, ser concebida como um sentimento de segurança na vida, um sentimento de que o ser por si mesmo não se impõe nenhum limite (Canguilhem, 2012).

A COVID-19, síndrome respiratória ocasionada pelo novo coronavírus, tem sido considerada uma das maiores crises de saúde pública do mundo das últimas décadas. Um advento marcante como esse traz consigo uma grande preocupação com a saúde mental populacional, pois tem atingido diretamente os diversos segmentos da vida cotidiana, produzindo ou potencializando crises psicológicas e sociais que dificultam o enfrentamento e a capacidade de reação da sociedade (Ministério da Saúde do Brasil, 2020).

A doença trouxe consigo uma interrupção abrupta na rotina do mundo, sua propagação imediata, a falta de conhecimento sobre o vírus, o aumento exacerbado do número de contágios e mortes levou a Organização Mundial de Saúde a nomear a doença como uma pandemia em março de 2020 (Fiocruz, 2020).

Diante do desafio que se alastrava pelo mundo, diferentes áreas científicas buscaram se juntar numa tentativa de obter respostas rápidas, emergenciais e eficientes para gerenciar e conter esse cenário, com o foco de uma força tarefa voltado para as questões físicas e biológicas, importantes na contenção do vírus, assim como na redução do número de mortes.

Despontou-se também a necessidade das intervenções psicológicas tendo em vista grandes impactos que as consequências da pandemia vinham desenvolvendo através do isolamento social, o confinamento ininterrupto das famílias,

o grande número de mortes sequenciais, o medo do contágio por um vírus letal e ainda desconhecido, a insegurança nas políticas públicas, desemprego, necessidades financeiras, educação com aulas remotas, a imposição do modelo de trabalho em *home office* pra alguns e o *stress* da continuidade do trabalhos presenciais tido como essenciais nas linhas de frente para outros, entre tantas outras adversidades que desafiaram e ainda desafiam a vida cotidiana.

O contexto presenciado gerou o grande aumento de casos de depressão, crises de ansiedade e o esgotamento no ambiente de trabalho, mais conhecido como síndrome de *burnout*. Em divulgação no dia 17 de junho de 2022, em Genebra, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez uma revisão secular mundial sobre saúde mental e destacou que, em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viveram com algum transtorno mental. Aponta que o suicídio foi responsável por mais de 1 em cada 100 mortes e que 58% dos suicídios ocorreram entre pessoas com menos de 50 anos de idade.

Os transtornos mentais apareceram como sendo a principal causa de incapacidade, causando 1 em cada 6 anos vividos com incapacidade. Pessoas em condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis. O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental.

A depressão e a ansiedade aumentaram em mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia. Segundo pesquisa do Conselho de Farmácia Federal do Brasil, a comercialização de antidepressivos e estabilizadores de humor aumentou 14% em 2020 – saindo de 56,3 milhões de unidades vendidas em 2019 para 64,1 milhões.

Quadro 2- Comercialização de antidepressivos e estabilizadores de humor

ANTIDEPRESSIVOS E ESTABILIZADORES DO HUMOR												
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2019-2022
BA	2.264.546	2.459.448	2.826.604	3.494.405	4.226.265	4.568.582	9%	15%	24%	21%	8%	62%
PB	938.471	1.061.895	1.233.349	1.529.095	1.735.366	1.985.849	13%	16%	24%	13%	14%	61%
MA	641.651	742.335	878.489	1.112.791	1.255.245	1.382.305	16%	18%	27%	13%	10%	57%
CE	1.802.468	2.123.953	2.270.576	2.922.641	3.297.916	3.550.556	18%	7%	29%	13%	8%	56%
PI	720.659	806.732	975.034	1.184.495	1.383.677	1.521.224	12%	21%	21%	17%	10%	56%
PE	2.155.547	2.410.672	2.836.100	3.469.540	3.939.818	4.389.034	12%	18%	22%	14%	11%	55%
AL	489.733	538.272	635.281	785.967	1.005.075	967.360	10%	18%	24%	28%	-4%	52%
PA	608.987	702.194	842.637	1.051.355	1.213.776	1.280.754	15%	20%	25%	15%	6%	52%
AM	210.701	248.772	299.769	390.386	437.627	450.116	18%	20%	30%	12%	3%	50%
RN	841.864	972.142	1.143.022	1.411.585	1.602.523	1.678.384	15%	18%	23%	14%	5%	47%
ES	1.345.072	1.506.291	1.736.176	2.064.312	2.320.906	2.535.715	12%	15%	19%	12%	9%	46%
TO	271.560	311.072	381.316	454.669	521.650	552.718	15%	23%	19%	15%	6%	45%
RO	55.512	60.890	71.942	90.401	107.430	103.514	10%	18%	26%	19%	-4%	44%
SE	449.829	492.026	552.939	683.546	771.668	797.247	9%	12%	24%	13%	3%	44%
SP	15.305.211	16.220.425	18.024.047	20.988.122	23.112.275	24.659.196	6%	11%	16%	10%	7%	37%
MG	11.134.506	12.388.789	14.015.436	16.363.960	17.854.991	18.907.857	11%	13%	17%	9%	6%	35%
MS	898.361	939.293	1.043.769	1.213.082	1.385.514	1.403.841	5%	11%	16%	14%	1%	34%
AP	51.544	62.133	80.120	98.309	104.655	106.939	21%	29%	23%	6%	2%	33%
RJ	5.642.835	6.168.309	6.907.924	8.035.145	8.898.080	9.182.117	9%	12%	16%	11%	3%	33%
MT	902.406	1.030.119	1.189.006	1.327.467	1.518.364	1.570.927	14%	15%	12%	14%	3%	32%
DF	1.459.218	1.759.203	1.854.925	2.105.689	2.413.640	2.421.291	21%	5%	14%	15%	0%	31%
GO	2.692.273	2.995.085	3.325.498	3.874.687	4.298.241	4.359.117	11%	11%	17%	11%	1%	31%
SC	3.625.527	3.824.248	4.213.003	4.689.126	5.163.342	5.533.253	5%	10%	11%	10%	7%	31%
PR	5.044.063	5.376.148	5.915.209	6.840.023	7.220.068	7.610.687	7%	10%	16%	6%	5%	29%
RS	388.629	444.101	572.615	633.388	698.974	739.901	14%	29%	11%	10%	6%	29%
RS	7.695.611	8.092.736	8.843.112	9.764.658	10.191.318	10.538.784	5%	9%	10%	4%	3%	19%
BR	67.636.784	73.737.283	82.667.898	96.578.844	106.678.404	112.797.268	9%	12%	17%	10%	6%	36%

Fonte: <https://site.cff.org.br/noticia/noticias-do-cff/16/03/2023/vendas-de-medicamentos-psiquiatricos-disparam-na-pandemia>

4.5 Políticas públicas e cuidados psicossociais

Quando falamos sobre alguns termos voltados para lógica do cuidado como escuta qualificada, acolhimento, olhar integrado, sobressai a impressão de que estamos sobrepondo um lado apenas empático, mas a verdade é que essas ações fazem parte de estratégias regulamentadas por uma Política Pública.

Nossa história recente mostra a importância do movimento sanitário, em suas articulações com outros movimentos sociais nos anos de 1960, 1970 e 1980, e nas transformações em que o protagonismo popular trouxe através de lutas e intervenção estatal no âmbito brasileiro da saúde, da assistência e no campo dos direitos humanos.

Esse movimento pautado na construção de uma política social transversalizada e articulada, pautada na socialização da atenção, com um novo pensamento para a saúde, em franca disputa com o ideário e o modelo liberal-privatista emergente, desencadeou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e na sua promulgação na constituinte de 1988 (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011).

A Constituição Federal de 1988 nasce decretando um sistema de seguridade social, entendido como "[...] um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Brasil, 1988, art. 194). Esse decreto oficializa o reconhecimento do direito às estruturas democráticas e à proteção social para toda a população, inclusive para aqueles “não assegurados”, ou seja, os mais vulneráveis (indigentes), introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania e quebra a segregação de uma lógica vigente de saúde e de assistência social no Brasil.

As garantias dos direitos sociais deixam de serem favores e doações e passam a ser protegidas por lei e pela Constituição, são concretizados através das políticas públicas. Nesse contexto, as políticas públicas são resultado de ações do Estado frente às demandas de lutas, movimentos organizados e pressões sociais, resultando na execução do seu compromisso público com a carta constitucional e com a população. Estas ações se produzem, no campo das práticas cotidianas, em meio à transversalização das relações macropolíticas e micropolíticas, em seus vetores econômicos - sociais - subjetivos, indicando que sua construção e efeitos não são tão simples e tampouco lineares e desprovidos de jogos de poder (Brasil, 1988).

Embora essas garantias estejam institucionalizadas através de decretos e leis, ainda existem ações que por vezes “confundem” assistência com assistencialismo. As ações assistencialistas se fortalecem nas vulnerabilidades como “doações”, e de alguma forma, exigem algo em troca: um exemplo são as famosas “doações”, assujeitando seu direito de cidadania, assistencialismo: é o oposto da

política pública de Assistência Social. A política de Assistência Social é um direito reconhecido a todos que um dia dele necessitem.

O assistencialismo nasceu dentro de um contexto histórico, onde a pobreza era reconhecida como uma disfunção social. O atendimento social dirigido aos pobres era de encaminhá-los a asilos, retirá-los do incômodo social, ou seja, o sujeito que necessitasse da assistência social perdia sua cidadania, sua dignidade, se tornava um não cidadão, um indivíduo incapaz de exercer seus direitos, se transformado em um ser carente da bondade dos mais abastados. Além disso, a meritocracia regia os conceitos vigentes, harmonizando a ideia de que a pobreza era vista como característica própria dos acomodados, dos fracos, dos incapazes de se esforçar no sentido de superá-la. Ou seja, os pobres eram os únicos culpados de sua condição social.

É necessário salientar que esses desequilíbrios sociais se constituem como características das sociedades humanas ocidentais desde os seus primórdios. A estratificação social, ao longo da História, tem assegurado e sustentado o movimento constante das engrenagens de domínio e opressão que mantém o *status* de poder e dominação das elites pela exploração e expropriação da força de trabalho e de direitos daqueles que “são mantidos” nas classes subalternas (Marx, 2013).

Em relação à assistência social daquele momento histórico, Sposati destaca que os pobres eram considerados como grupos especiais, párias da sociedade, frágeis ou doentes. A assistência se mesclava com as necessidades de saúde, caracterizando o que se poderia chamar de binômio de ajuda médico-social.

Isso irá se refletir na própria constituição dos organismos prestadores de serviços assistenciais [...] (Sposati *et al.*, 2007, p. 42). Desta forma, o Serviço Social surgiu no Brasil para realizar práticas de assistência social que deveriam ser implementadas como ações assistencialistas. Ou seja, a assistência social não era pensada ou desenvolvida como um direito social e sim como um favor, como uma forma de expressão da bondade das pessoas mais bem afortunadas para com aqueles que necessitavam ser alimentados, vestidos, doutrinados (Sposati *et al.*, 2007).

4.5.1 Cuidados psicossociais em saúde

A lógica do cuidado voltado para a atenção psicossocial aponta a carência

de serem construídos espaços onde as pessoas com problemas de saúde/saúde mental possam construir um protagonismo participativo onde busquem sua cidadania e alcancem seu potencial de autonomia no território em que vivem.

A atenção psicossocial convoca a clínica a se ampliar a sair de um olhar medicalocêntrico, voltado apenas para terapias medicamentosas e a produzir outras formas de cuidado, produzindo a ampliação do objeto de trabalho e a busca de resultados eficientes, incluindo novos instrumentos (Brasil, 2009).

A clínica ampliada é uma prática que parte do "núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso [...] sem abrir mão de critérios técnicos previamente definidos (diretrizes clínicas, programas, etc.)" (Campos; Guerreiro, 2010, p. 138).

A Clínica ampliada tem um olhar voltado para o matriciamento, Apoio Matricial, que significa uma transversalidade na produção de saúde, onde duas ou mais equipes, através da construção compartilhada de ações e intervenções, elaboram propostas para cuidar das pessoas de um determinado território.

Contraria a lógica tradicional dos sistemas de saúde que acontece dentro de um olhar voltado para encaminhamentos, referências, contrarreferências, protocolos, verticalizando o cuidado. Com o ampliado é possível traçar rotas para os cuidados psicossociais do território, onde, ali no posto de saúde, junto com a equipe de saúde conhecida no bairro, suas demandas podem ser notadas e partilhadas com as equipes para o devido suporte.

Pensar em uma Rede é poder contar com ações colaborativa entre os serviços: é preciso chamar o usuário para fazer parte do plano de intervenção, proporcionando escuta, acolhimento, firmando vínculo e ajustando as corresponsabilizações tanto do serviço quanto do sujeito que ali está sendo atendido.

Os cuidados psicossociais não podem ser vistos unicamente como uma demanda dos CAPS. Segundo as orientações do Caderno da Atenção Básica (CAB) n. 34, a "Atenção Básica prime pela organização do território nos serviços de saúde" (CAB, 2013, p. 34)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) complementa o Sistema de Saúde (SUS) determinando os pontos necessários para o atendimento em saúde mental das pessoas. É um conjunto de diferentes serviços disponíveis nas cidades e comunidades, que articulados formam uma rede, devendo ser capaz de cuidar das pessoas com transtornos mentais e com problemas em decorrência do uso de drogas,

bem como a seus familiares, nas suas diferentes necessidades.

Instituída por meio da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (Portaria de origem nº 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011) e na Portaria nº 3.588/GM/MS, de 21 de dezembro de 2017, estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em suas orientações, salienta a importância dos profissionais estarem atentos às especificidades de cada território com ênfase nos serviços de base comunitária caracterizados pela busca em se adequar às necessidades dos usuários e familiares ao invés de exigir que os mesmos se adaptem aos serviços. Sendo assim, a RAPS atua na perspectiva territorial, conhecendo suas dimensões gerando e transformando lugares e relações (BRASIL 2022).

Nessa perspectiva de rede, é preciso termos cuidado para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas baseadas apenas na eliminação dos sintomas, descontextualizadas da vida dos usuários e do território em que ele vive: é preciso que o usuário seja coparticipante desse processo e que possa se perguntar sobre a relação de seu sofrimento com a manifestação dos seus sintomas (Mcknight; Jonh, 2000).

Baseada numa proposta com olhar ampliado, transversalizada, uma rede de serviços aos usuários deve ser plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves, com abordagens e condutas baseadas em evidências científicas, atualizadas constantemente. Foi pensando um passo a passo das ações para esse cuidado integral e singular, e estabelecidas algumas diretrizes para a RAPS (Brasil, 2022).

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissionais, sob a lógica interdisciplinar;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com

estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas;
- Tomar as pessoas, e não a doença, como ponto de partida para a compreensão do que a motiva a procurar ajuda e, portanto, permite um cuidado que se adapta à diversidade de todas as pessoas e, ao mesmo tempo, dá conta da integralidade de cada um.

Os principais objetivos da RAPS são: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Ela é composta por seis eixos de serviços:

- I- Atenção Primária em Saúde
- II- Atenção Especializada
- III- Atenção às Urgências e Emergências
- IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório
- V- Atenção Hospitalar
- VI- Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação

Cada componente da rede é integrado por diferentes serviços e ações, e todos eles são igualmente importantes e complementares, devendo ser incentivados, ampliados e fortalecidos (BRASIL 2022).

Quadro 3- Divisão da Atenção primária

I-Atenção primária em Saúde Estabelecimentos e Serviços do Eixo da Atenção Básica	• Unidades de Atenção Básica (UBS) •Equipes de Saúde da Família (eSF) • •Equipe de Consultório na Rua (eCR)
--	---

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS).

As UBS e as eSF são serviços que funcionam como porta de entrada no SUS, dada a sua capilaridade e o vínculo estabelecido com a comunidade: acontece no postinho da comunidade e tem a equipe de saúde da família atuando nesse contexto para garantir os atendimentos e a inclusão desse sujeito ao serviço de saúde. Já as equipes de consultório na Rua levam o acesso a pessoas em situação de rua com necessidades em saúde (Brasil 2022).

Quadro 4- Divisão da Atenção especializada

II. Atenção Especializada Estabelecimentos e Serviços do Eixo de Atenção Especializada:	•Centros de Atenção Psicossocial (Caps), nas suas diferentes tipologias e portes: •Caps I; •Caps II; •Caps III; •Caps i; infantil •Caps AD; Álcool e drogas •Caps AD III e Caps AD IV - 24horas •Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada Em Saúde Mental • (eMAESM) tipo I, II e III
--	--

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS)

Diante da complexidade dos casos, do campo do cuidado em saúde mental e de acordo com as diversas necessidades apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades em decorrência do uso de drogas, bem como seus familiares, são ofertados diferentes tipos de serviços, que se utilizam da estratégia de atuação em rede para favorecer o cuidado integral e longitudinal dessas pessoas. A porta de entrada para o cuidado em saúde mental são os serviços da atenção básica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de urgência e emergência, onde as pessoas são acolhidas, sejam elas referenciadas, ou por demanda espontânea (Brasil, 2022).

Esse eixo da atenção especializada é constituído pelos Centros de Atenção

Psicossocial e pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental – eMAES. Os CAPS se diferenciam em função de sua tipologia (Caps, Caps I e Caps AD), relacionado ao seu público-alvo, e em relação ao seu porte (I, II, III, IV), relacionado ao recorte populacional de sua referência.

Tais diferenças implicam nos diferentes horários de funcionamento, nas diferentes composições da equipe como também na carga horária dos profissionais. São serviços que devem ter equipe multiprofissional especializada durante todo horário de funcionamento, composta obrigatoriamente por enfermeiro(a), médico(a) psiquiatra, técnicos/auxiliares de enfermagem e profissional administrativo, com “permanência dia” e “permanência noite”, ocorrendo essa última apenas nos Caps III e IV, que funcionam 24 horas. Os Caps se diferenciam dos ambulatórios especializados/eMAESM pela intensidade das intervenções e de acordo com o perfil de gravidade dos pacientes assistidos (Brasil, 2020).

Quadro 5- Divisão da Atenção às urgências e emergências

III- Atenção às Urgências e Emergências Serviços do Eixo da Atenção às Urgências e Emergências	• Samu 192 • Sala de Estabilização • UPA 24h • Pronto-Socorro (portas hospitalares de atenção à urgência)
---	--

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS)

Trata-se de serviços de acesso pelas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Prontos-Socorros (PS), e os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Salas de Estabilização. Os pontos de Atenção de Urgência e Emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com problemas de saúde mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (Brasil, 2020).

Quadro 6- Divisão da Atenção Residencial de Caráter Transitório

IV- Atenção Residencial de Caráter Transitório Serviços do Eixo Residencial De Acolhimento Transitório	• Unidade de Acolhimento • Comunidades Terapêuticas
--	--

(Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS))

Esses serviços oferecem acolhimento em duas tipologias: em todas elas, a base é a garantia de direitos e o respeito à autonomia dos indivíduos na reconstrução de trajetórias de vida pelo desenvolvimento de projetos terapêuticos que visam à promoção e manutenção da abstinência e à plena recuperação da dependência química.

O período de acolhimento é entendido como etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas. Ademais, o atendimento prestado tem como principal característica a adesão e a permanência voluntária, manifestadas por escrito em seu projeto terapêutico singular, (PTS) elaborado com sua equipe de base e seu técnico de referência (BRASIL, 2020).

As Comunidades Terapêuticas integram as diferentes redes intersetoriais de cuidados às pessoas com dependência química e são importantes para o enfrentamento dos problemas em decorrência da dependência de substâncias psicoativas. Há unidades com contratualização municipal, estadual e federal, além daquelas financiadas por recursos próprios.

Para que sejam consideradas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras em termos legais, devem seguir toda a normativa vigente supracitada, especialmente a Resolução Conad n.º 01/2015. As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos, integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) (Decreto Presidencial n.º 9.761/2019), com caráter intersetorial e interdisciplinar, que prestam serviços de acolhimento residencial, de caráter transitório, com adesão e permanência voluntárias de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Já as Unidades de Acolhimento (UAA e UAI), seu acesso só deve ocorrer por meio dos CAPS e, necessariamente, o usuário deve estar e se manter sob os cuidados do CAPS. Ele ocorre em serviços com suas duas tipologias e o perfil dos candidatos ao acolhimento em Serviço Residencial Terapêutico (SRT), devem ser

peessoas com transtornos mentais com acentuada vulnerabilidade, sem suporte social e econômico, e sem vínculos familiares ou com vínculos frágeis, definidas pelas necessidades específicas de cuidado dos moradores:

Tipologia I - Residências Terapêuticas (SRT)

- a) SRT tipo I - Acolhe até dez moradores com certa autonomia.
- b) SRT tipo II – Acolhe até dez moradores com acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes.

O propósito é que, a partir de mediação dos profissionais de referência do CAPS e da unidade de acolhimento, essas pessoas desenvolvam projetos de vida, já que seu objetivo maior é a reabilitação. Esses espaços oferecem acolhimento por até 6 meses, a depender do projeto terapêutico singular (PTS).

Pacientes que saem de uma internação para desintoxicação devem ingressar nos cuidados do CAPS, que poderá, em conformidade com o PTS, referenciar para acolhimento provisório na unidade de acolhimento. O Brasil conta com 69 unidades de acolhimento habilitadas. Desse total, 25 são para atendimento infanto-juvenil e 44 para o acolhimento de adultos.

Quadro 7- Divisão da Atenção hospitalar

V- Atenção Hospitalar	
Atenção às Urgências e Emergências	• Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral (Leitos de Saúde Mental – Código 87) • Estabelecimentos e Serviços do componente da Atenção Hospitalar • Hospitais psiquiátricos (leitos de psiquiatria – código 47) • Leitos de Saúde Mental em Hospital-Dia (código

(Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS))

A atenção hospitalar é constituída pelas Unidades de Referência Especializadas em Saúde Mental em Hospitais Gerais (HG), os Leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados (HP) e os Leitos em Hospital-Dia e devem estar

integrados às RAPS e articulados aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), seguindo os princípios básicos de legalidade, da ética da saúde pública, e dos direitos humanos, obedecendo às Resoluções n.º 2.056/2013 e n.º 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina, no caso de internação involuntária. Devem seguir protocolo previsto por lei (Brasil, 2020).

Quadro 8- Divisão das estratégias de desinstitucionalização

VI- Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Serviços do Eixo da Estratégias de Desinstitucionalização	• SRT Tipo I • SRT Tipo II • PVC
---	--

Fonte: Planilha interna Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/Saps/SAS)

O Eixo da Estratégia de Desinstitucionalização e Acolhimento às Pessoas com transtornos mentais em extrema vulnerabilidade e sem vínculo familiar é composto por Serviços Residências Terapêuticas (SRT), dividido em duas tipologias e o Programa de Volta para Casa (PVC). Os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs) são moradias assistidas, de natureza permanente ou por períodos prolongados, registradas no Cnes dos Caps e sob a responsabilidade das equipes desses estabelecimentos de serviços comunitários/ambulatoriais. Devem acolher preferencialmente egressos de internações prolongadas, mas a partir da Portaria n.º 3.588/2017, passaram a ser autorizadas a acolher outros pacientes moradores dos SRTs, acompanhados por profissionais dos Serviços comunitários da Raps (Caps, ambulatorios, APS).

5 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Neste item, trago uma análise das narrativas colhidas nas entrevistas, destacando as percepções dos profissionais e gestores sobre o desenvolvimento e implementação das políticas de saúde no contexto da COVID-19. O foco é compreender como as instituições de saúde se organizaram com a crise e as adaptações realizadas para enfrentar as demandas emergentes. As percepções sobre as dificuldades, sucessos e limitações dessas políticas foram descritas, fornecendo um panorama das mudanças institucionais e estruturais durante a pandemia.

5.1 Trajetória institucional: narrativas e percepções sobre a política de saúde

Neste item, o foco foi analisar os resultados obtidos por meio de grupos focais realizados com três gestores. O objetivo foi compreender suas avaliações acerca da assistência e dos cuidados psicossociais oferecidos pela Política Pública de Saúde durante a pandemia. As narrativas dos gestores foram fundamentais para identificar os desafios mais impactantes no contexto do cuidado psicossocial, e como eles percebem as potencialidades e limitações da política de saúde no atual cenário.

No decorrer deste capítulo, foi abordado como os gestores relataram suas percepções sobre o desempenho dos serviços de saúde no atendimento à população em um período crítico de crise sanitária, sendo explorado como eles enxergaram a adaptação das políticas e dos serviços em resposta ao aumento da demanda por cuidados psicossociais, considerando o impacto do isolamento social, o medo do contágio e a sobrecarga emocional da população.

A partir dos depoimentos, foi detalhado os maiores desafios que surgiram durante a pandemia no contexto da saúde, como a escassez de recursos humanos e financeiros, a sobrecarga dos serviços de saúde, e a dificuldade em manter a continuidade do atendimento de qualidade com o aumento da demanda e a necessidade de distanciamento social.

Por fim, foi discutido como os gestores percebem as maiores dificuldades atuais da Política de Saúde, como a falta de integração entre os diferentes níveis de gestão e a necessidade de maior financiamento e apoio logístico, como também, aponto as potências e os avanços reconhecidos pelos gestores, especialmente no que

se refere à capacidade de resposta rápida da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e à inovação nas formas de cuidado psicossocial durante a pandemia.

5.2 Análise das Entrevistas com Gestores: Experiências, Desafios e Reflexões sobre o Cuidado Psicossocial

Aqui apresentado uma análise detalhada das entrevistas realizadas com os gestores que atuaram durante a pandemia. Todas as entrevistas foram caracterizadas por uma forte carga emocional, com momentos intensos de choro e pausas frequentes para que os entrevistados pudessem se recompor, dado o impacto do tema abordado.

Para acolher os participantes durante esses momentos sensíveis, foram utilizados recursos como um gravador de voz, lenços de papel, água e, ao final, foi oferecido uma caixa de biscoitos com geleia em uma cesta como forma de encerrar a conversa de maneira mais leve.

Essa abordagem ajudou a facilitar uma reflexão positiva sobre a dor e o luto, reafirmando o objetivo de levar à universidade uma discussão sobre as práticas e experiências vivenciadas nesse período. No decorrer deste tópico, trouxe descritos os relatos pessoais e profissionais dos gestores, suas dificuldades e superações, com o intuito de promover uma reflexão mais profunda sobre os desafios enfrentados no cuidado psicossocial durante a pandemia.

Quanto aos dados identitários, a primeira entrevistada (E1) tem 40 anos, é casada e possui filhos. Formada em fisioterapia, ingressou no serviço público em 2015, por meio de concurso, e atualmente ocupa o cargo de coordenadora de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ela começou a atuar na área de saúde mental em 2018, apesar de seu campo inicial ser a fisioterapia. Descreveu sua experiência na saúde mental como desafiadora, especialmente durante o período da pandemia.

A segunda entrevistada (E2) tem 42 anos, também é casada e tem filhos. Ela é farmacêutica e trabalha como coordenadora do laboratório municipal e da Assistência Farmacêutica no município, além de ser preceptora do programa de Residência em Farmácia. Ingressou no serviço público em 2008, após ser aprovada

em concurso. Durante a pandemia, adoeceu cinco vezes, o que impactou sua vida pessoal e profissional.

A terceira entrevistada (E3) tem 45 anos, é casada e possui filhos. Ela é enfermeira e ocupava o cargo de coordenadora de epidemiologia desde 2012 até sua demissão em 2023, por questões relacionadas à gestão. Durante a pandemia, atuou de forma intensa na linha de frente, sendo responsável por diversas ações de controle e prevenção. Atualmente, após ser aprovada em um concurso público em 2023, exerce o cargo de agente de endemias.

Tabela 1 - Perfil identitário e profissional dos sujeitos da pesquisa

Entrevistado	Idade	Estado Civil	Filhos	Formação	Cargo Atual	Ingresso no Serviço	Informações Relevantes
E1	40	Casada	Sim	Fisioterapeuta	Coordenadora do CAPS	2015 (concurzada)	Entrou na saúde mental em 2018, experiência desafiadora, atuou durante a pandemia
E2	42	Casada	Sim	Farmacêutica	Coordenadora do laboratório municipal e da Assistência Farmacêutica	2008 (concurzada)	Preceptora do programa de Residência em Farmácia, adoeceu 5 vezes durante a pandemia
E3	45	Casada	Sim	Enfermeira	Coordenadora de Epidemiologia (até 2023)	2012 (celetista)	Demitida em 2023, atuou intensamente durante a pandemia, hoje agente de endemias

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Logo após a apresentação dos dados de identificação com participantes da pesquisa, optou-se por organizar as respostas às três primeiras perguntas da entrevista em formato de tabela. Essa abordagem objetiva facilita a análise e a

visualização das principais temáticas abordadas pelos entrevistados, que incluem: a trajetória profissional e como chegaram ao serviço; as experiências de trabalho durante a pandemia, com ênfase nos desafios de cuidar de si mesmos e dos usuários; e, por fim, suas opiniões sobre os cuidados psicossociais no contexto da saúde. Essa organização permite uma comparação precisa entre os discursos e destaca os principais sentidos expressos entre os participantes, conforme apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 - Trajetória, desafios e cuidados Psicossociais durante a Pandemia

Eixo/Temática	Sentidos dos Discursos	Exemplos de Falas
Trajetória Profissional	Todos os entrevistados relataram percursos de superação e crescimento, apontando os desafios de adaptação em suas áreas de atuação, especialmente diante da crise sanitária.	E1: "Me formei em fisioterapia em 2010 [...] fui nomeada como coordenadora de saúde mental em 2020." E2: "Estou desde a fundação do laboratório [...] como coordenadora." E3: "Eu tive que conduzir todos os profissionais, porque eles estavam adoecidos."
Desafios durante a Pandemia	A pandemia foi descrita como uma fase de medo intenso, isolamento e a necessidade de superar os próprios limites para manter os serviços de saúde funcionando, mesmo com poucas informações.	E1: "Eu me sentia muito amedrontada [...] precisei voltar ao trabalho e assumi a coordenação." E2: "Nós tínhamos medo de tudo [...] pegar covid foi desesperador." E3: "Eu não cuidei de mim [...] cuidei do próximo."
Cuidados Psicossociais na Pandemia	Houve consenso de que os cuidados psicossociais foram insuficientes e faltaram políticas públicas que oferecessem apoio emocional tanto para os profissionais quanto para os pacientes.	E1: "Os cuidados psicossociais são fundamentais [...] muitos pacientes chegavam colapsados." E2: "Faltou poder de intervenção integrada [...] a política pública foi omissa." E3: "Nós fomos para uma guerra sem qualquer proteção [...] foi devastador."

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Ao observarmos os dados acima, nota-se que os entrevistados relataram carreiras marcadas por progressão e compromisso com o serviço público. Tanto E1, E2 quanto E3 destacaram o aumento de responsabilidades e o envolvimento com a gestão ou coordenação de serviços em saúde. As três trajetórias refletem crescimento, adaptação e resiliência no serviço público.

Os profissionais descrevem um percurso profissional marcado por desafios e crescimento, especialmente durante a pandemia, como por exemplo, quando a E1 afirma que: *"Me formei em fisioterapia em 2010 [...] fui nomeada como coordenadora de saúde mental em 2020."*

Isso se relaciona com o conceito de "aprendizagem em serviço", como discutido por Minayo (2010), que aponta que a experiência profissional na área da saúde envolve constante adaptação às necessidades emergentes, sendo associada à prática cotidiana dos profissionais de saúde, revelando a carência de uma contínua ressignificação de suas atuações, especialmente em momentos de crise.

Já no que se refere aos desafios durante a pandemia, os participantes enfrentaram medos relacionados à saúde pessoal e familiar, além de sentimentos de isolamento e desorientação. O trabalho foi descrito como uma constante fonte de pressão e risco, com todos relatando um aumento significativo de responsabilidades.

O medo da doença, combinado com o peso de liderar e cuidar de outras pessoas, foi uma constante na pandemia. A pandemia foi descrita pelos entrevistados como um período de extremo medo, isolamento e incertezas, fato esse que está bem descrito na fala de E2: *"Nós tínhamos medo de tudo [...] pegar covid foi desesperador."* Eles expressaram sentimentos de sobrecarga emocional e física, relacionados diretamente à falta de preparação para lidar com uma crise de tamanha magnitude.

Tal relato está em linha com as discussões de Campos (2003) sobre as limitações estruturais do sistema de saúde no Brasil, quando é afirmado que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda apresenta deficiências significativas no enfrentamento de crises emergenciais, especialmente em termos de apoio psicossocial e manejo das demandas da saúde/saúde mental.

No que diz respeito aos cuidados psicossociais, os três entrevistados concordaram que houve uma falha das políticas públicas em fornecer suporte emocional tanto para os profissionais da saúde quanto para os usuários. Eles observaram que os cuidados psicossociais foram fundamentais, mas insuficientes no contexto da pandemia. Dessa forma, quando se analisa o sentido comum entre os participantes, é possível entender que houve uma percepção de abandono por parte das autoridades e políticas públicas, e o impacto psicológico foi devastador, tanto para a equipe quanto para a população.

Diante desse contexto, todos os entrevistados destacaram a insuficiência dos cuidados psicossociais durante a pandemia. Segundo eles, faltou apoio emocional tanto para os profissionais quanto para os pacientes, sendo enfatizando na fala de E3: *"Nós fomos para uma guerra sem qualquer proteção [...] foi devastador."*

Amarante (2007) relata sobre a fragilidade da rede de atenção psicossocial no Brasil, onde é descrito que a rede de atenção psicossocial ainda enfrenta grandes desafios em sua consolidação, sendo a falta de suporte adequado para crises emergenciais uma de suas principais falhas.

Além disso, as falas dos entrevistados sobre a falta de políticas públicas mais integradas e preparadas refletem o que Souza (2009, p.18) descreve como a necessidade de "revisitar os modelos de atenção para incluir não apenas o cuidado físico, mas também o cuidado psicossocial", algo que se mostrou especialmente falho durante a pandemia.

Dessa forma, ao analisamos os discursos, é possível afirmar que os profissionais de saúde enfrentaram desafios imensos durante a pandemia, muitos dos quais foram exacerbados pela falta de suporte psicossocial e pelas limitações das políticas públicas de saúde. Os resultados encontrados nas entrevistas estão alinhados com as discussões teóricas de Amarante e Campos, que destacam as fragilidades do SUS e a necessidade urgente de reformulação, especialmente em contextos de crise sanitária como o da COVID-19.

Em seguida, indagou-se aos participantes da pesquisa sobre os desafios enfrentados no contexto dos cuidados psicossociais durante a pandemia (Pergunta 4) e sobre a avaliação da assistência psicossocial oferecida nesse período (Pergunta 5). Os depoimentos dos entrevistados revelaram questões comuns relacionadas ao isolamento, ao impacto emocional e à percepção de insuficiência no suporte por parte das políticas públicas.

No que se refere aos desafios enfrentados no cuidado psicossocial, os entrevistados mencionaram o isolamento e a incerteza como os principais obstáculos. Conforme relatado por E1: *"O maior desafio foi o isolamento, não poder chegar perto das pessoas"*. Da mesma forma, E2 destacou o impacto de não poder contar com o contato próximo: *"O impacto era não ter o calor humano, não poder estar próximo das pessoas"*. A incerteza sobre a doença também foi uma questão

recorrente, como mencionado por E1: *"Saber que existe uma doença mas não conhecer sobre ela... foi muito difícil"*.

Quanto à quinta pergunta, que questionava a avaliação sobre a assistência psicossocial recebida durante a pandemia, houve um consenso sobre a falha no apoio oferecido. E1 descreveu a assistência como *"muito falha, especialmente no início"*, enquanto E2 afirmou que *"não houve qualquer assistência. Era cada um por si"*. Essas falas indicam uma percepção nítida de negligência por parte do sistema de saúde. Por outro lado, E3 trouxe uma percepção diferente, destacando que, em seu município, houve um esforço local: *"Tivemos sorte aqui em Paracuru, nosso secretário trouxe muitos recursos"*, o que contrasta com a experiência dos outros entrevistados.

Os principais sentidos extraídos dos discursos (exposto na tabela 3) refletem uma sensação geral de desamparo e sobrecarga emocional. A falta de preparo e integração das políticas públicas foi destacada como um dos maiores problemas enfrentados durante a pandemia, conforme expresso nas falas de E2: *"Era cada um por si, o Estado não ofereceu suporte adequado"*. No entanto, também foi possível perceber que, em algumas localidades, houve iniciativas locais que tentaram suprir as lacunas deixadas pela gestão nacional.

Tabela 3- Desafios e Avaliação da Assistência Psicossocial Durante a Pandemia

Eixo/Temática relevantes	Sentidos Identificados	Exemplos de Falas
Desafios nos cuidados psicossociais (Pergunta 4)	Isolamento e impacto emocional: o isolamento dos colegas, familiares e pacientes foi descrito como uma das maiores dificuldades enfrentadas.	E1: "O maior desafio foi o isolamento, não poder chegar perto das pessoas...". E2: "O impacto era não ter o calor humano, não poder estar próximo das pessoas". E3: "Eu comecei a cuidar do próximo e esqueci de mim".
	Medo e incerteza: houve dificuldades em lidar com a incerteza sobre a doença, especialmente no início da pandemia.	E1: "Saber que existe uma doença mas não conhecer sobre ela... foi muito difícil". E2: "O mais impactante pra mim era não poder estar com outras pessoas".

Avaliação da assistência psicossocial durante a pandemia (Pergunta 5)	Falta de preparo e assistência: houve uma percepção comum de falta de apoio, tanto em relação aos profissionais quanto aos pacientes.	E1: "A assistência foi muito falha, especialmente no início". E2: "Não houve qualquer assistência. Era cada um por si". E3: "O sistema não foi responsável com ninguém".
	Apoio local versus nacional: enquanto E3 relatou que em seu município houve um bom apoio, outros mencionaram que não houve assistência adequada.	E1: "Tivemos sorte aqui em Paracuru, nosso secretário trouxe muitos recursos". E2: "Era cada um por si, o Estado não ofereceu suporte adequado".

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Os depoimentos dos entrevistados (E1, E2 e E3) revelam uma vivência comum de medo, sobrecarga emocional e falhas nas políticas públicas de saúde durante a pandemia. O relato de E1 expressa um sentimento de desamparo por parte do Estado: "*Os profissionais não recebiam os insumos e nem os incentivos*" (E1), destacando a falha no suporte aos trabalhadores da saúde mental (CAPS) em detrimento aos trabalhadores da atenção básica (equipe eMulti). Essa percepção se alinha com a análise de Amarante (2007), que menciona a fragilidade das redes de atenção psicossocial no Brasil, especialmente em tempos de crise, quando essas redes são colocadas à prova.

E2 reforça essa falha ao afirmar que "*não houve qualquer assistência, era cada um por si*" (E2), indicando a falta de um planejamento adequado e integrado das políticas públicas durante o auge da pandemia. Essa visão vai ao encontro das reflexões de Souza (2009), que defende a necessidade de políticas mais preparadas para crises emergenciais e integradas, capazes de atender tanto às necessidades físicas quanto psicossociais da população.

Já E3 destaca a experiência pessoal de negligência com a própria saúde em prol de cuidar dos outros: "*Eu comecei a cuidar do próximo e esqueci de mim*" (E3). Esse relato reflete a sobrecarga emocional descrita por Campos (2003), que aborda as limitações estruturais e emocionais enfrentadas pelos profissionais de saúde no Brasil.

Um ponto comum entre os entrevistados foi o sentimento de isolamento e a falta de apoio emocional tanto para os profissionais quanto para os usuários. E1

menção: *"O maior desafio foi o isolamento, não poder chegar perto das pessoas"*. Já E3 compartilha uma experiência semelhante: *"Eu me sentia desamparada, precisava continuar, mesmo sem apoio"* (E3). Essa falta de suporte psicossocial evidenciada pelos entrevistados reflete o que a literatura já apontava como uma das grandes fragilidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante a pandemia, como discutido por Bardin (2020).

Além disso, o sentimento de abandono por parte das políticas públicas também foi destacado por E2: *"Nós fomos para uma guerra sem qualquer proteção"*. Essa fala simboliza a percepção de desorganização e negligência no cuidado tanto físico quanto emocional, um ponto recorrente nas discussões sobre o impacto da pandemia no sistema de saúde.

A falta de uma política pública eficaz no enfrentamento das demandas psicossociais durante a pandemia foi um dos aspectos mais ressaltados pelos entrevistados. Conforme discutido no decorrer desta pesquisa, Amarante (2007) e Bardin (2020) apontam que, apesar de o Brasil ter uma rede de atenção psicossocial teoricamente consolidada, a realidade revelou que essas redes não estavam preparadas para crises sanitárias de grande escala, como foi o caso da Covid-19.

Essa lacuna ficou evidente nos relatos dos entrevistados, que mencionam a falta de integração entre os níveis de gestão e a insuficiência de recursos para lidar com a demanda emergente: *"O sistema não foi responsável com ninguém"* (E3). Conforme a dissertação destaca, as políticas de saúde precisam ser reformuladas para garantir que crises futuras sejam enfrentadas com uma estrutura adequada de cuidado psicossocial, conforme sugere Souza (2009).

Em síntese, no decorrer dos questionamentos acima, os resultados evidenciam que os profissionais de saúde enfrentaram desafios enormes, muitos dos quais derivados da falta de políticas públicas adequadas, integração insuficiente e uma carga emocional exacerbada pela pandemia. Isso reflete a urgência em repensar as redes de cuidado psicossocial, como apontado pelos autores da base teórica.

Em continuidade com a pesquisa, foram feitas novas perguntas aos entrevistados E1, E2 e E3, abordando os desafios e as potências no contexto dos cuidados psicossociais durante a pandemia, as melhorias necessárias para as políticas públicas de saúde, bem como considerações sobre o futuro do cuidado

psicossocial. Essas questões buscaram aprofundar a compreensão sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e as possíveis soluções apontadas para melhorar o sistema de saúde.

Como pode ser observado na tabela 4 abaixo, no decorrer da análise das perguntas 6 e 7, observou-se que os entrevistados identificaram a união e a resiliência dos profissionais como uma das principais potências durante a pandemia. No entanto, o negacionismo³, a desinformação e a sobrecarga emocional foram destacadas como desafios centrais. Houve também um reconhecimento da importância dos profissionais de saúde, mas a falta de estrutura e o impacto psicológico gerado pela pandemia foram identificados como dificuldades recorrentes.

Tabela 4- Desafios e Potências no Cuidado Psicossocial Durante a Pandemia
Eixo/Temática Sentidos Identificados Exemplos de Falas (E1, E2, E3)

Potência e desafio durante a pandemia (Pergunta 6)	Potência: união e resiliência. Os entrevistados destacaram a capacidade dos profissionais de saúde em se unirem para enfrentar os desafios.	E1: "A maior potência foi as pessoas terem descoberto que conseguem se ajudar". E2: "A união do profissional, fazer o máximo possível para atender todos". E3: "Nos unimos para enfrentar o que parecia impossível".
	Desafio: negacionismo e sobrecarga. O desafio do negacionismo e o impacto emocional da pandemia foram questões recorrentes.	E1: "O desafio foi o negacionismo, as fake news". E2: "A quantidade de desinformação e medo era enorme". E3: "Tive que lidar com óbitos e notícias difíceis".
Dificuldade e potência na política de saúde (Pergunta 7)	Potência: reconhecimento da saúde e seus profissionais. Houve um reconhecimento da importância dos profissionais de saúde.	E1: "A fisioterapia foi finalmente reconhecida". E2: "Os profissionais de saúde foram valorizados". E3: "A dedicação dos profissionais mostrou a importância da saúde pública".
	Dificuldade: falta de estrutura e sequelas psicológicas. O impacto psicológico e a falta de políticas públicas eficazes foram os maiores problemas relatados.	E1: "Muitos profissionais estão adoecendo". E2: "A falta de suporte psicológico foi grave". E3: "Muitos colegas ficaram esgotados ou tentaram suicídio".

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

³ Entende-se por negacionismo qualquer atitude tendenciosa que consiste na recusa a aceitar a existência, a validade ou a verdade de algo, como eventos históricos ou fatos científicos, apesar das evidências ou argumentos que o comprovam"

Quanto aos desafios e potências, observa-se que os entrevistados ressaltaram a união e resiliência dos profissionais como elementos-chave durante a pandemia. E1, por exemplo, afirmou: *"A maior potência foi as pessoas terem descoberto que conseguem se ajudar"*, destacando o papel do trabalho coletivo. Amarante (2007) discute que, em contextos de crise, os trabalhadores da saúde tendem a se unir para tentar mitigar os efeitos do caos no sistema, ainda que as condições de trabalho estejam longe do ideal. Para ele, essa resiliência é uma característica histórica dos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas é insuficiente sem apoio estrutural adequado.

No entanto, a pandemia também trouxe à tona o impacto do negacionismo e da sobrecarga emocional sobre esses profissionais. *"O desafio foi o negacionismo, as fakes news"* (E1), comentou um dos entrevistados. Garcia e Duarte (2020) discutem como a desinformação agravou a crise de saúde, criando tensões e incertezas que afetam tanto os profissionais quanto os pacientes. Eles argumentam que a pandemia revelou a fragilidade dos sistemas de comunicação em saúde, expondo os profissionais a uma sobrecarga emocional ainda maior, já que eles se tornaram responsáveis por conter tanto a desinformação quanto a própria doença.

Além disso, a fala de E3 — *"Muitos colegas ficaram esgotados ou tentaram suicídio"* — exemplifica o peso psicológico que recaiu sobre os profissionais. De acordo com Souza (2009), o esgotamento emocional é uma consequência direta da falta de estrutura de apoio e da insuficiência das políticas públicas voltadas para a saúde. O autor argumenta que a falta de uma abordagem preventiva e de suporte emocional para os trabalhadores da saúde é uma falha sistêmica que a pandemia apenas intensificou.

Dando continuidade à pesquisa, perguntou-se aos entrevistados sobre as possíveis melhorias no cuidado psicossocial (Pergunta 8) e solicitou-se que fizessem considerações gerais sobre a saúde, com ênfase nas políticas públicas e no atendimento tanto aos usuários quanto aos profissionais (Pergunta 9). O objetivo foi identificar caminhos para aprimorar o sistema de saúde e compreender os desafios e potencialidades enfrentados pelos entrevistados.

Os resultados dessas perguntas expostos na tabela 5 revelam uma crítica às políticas públicas e à precarização do trabalho no âmbito da saúde. Os entrevistados indicaram a necessidade de reformulação das políticas e a importância das campanhas de prevenção para melhorar o cuidado psicossocial.

Todos enfatizaram a urgência de um maior cuidado com a saúde, tanto para os profissionais que lidam com os pacientes quanto para os próprios usuários do sistema de saúde.

Tabela 5- Melhorias no Cuidado Psicossocial e Considerações sobre a Saúde
Eixo/Temática Sentidos Identificados Exemplos de Falas (E1, E2, E3)

Melhorias nos cuidados psicossociais (Pergunta 8)	Necessidade de reformulação das políticas públicas. A precarização do trabalho e os baixos salários foram pontos críticos.	E1: "Os salários defasados desmotivam". E2: "Precisamos de políticas públicas mais humanas". E3: "O governo não tem interesse em melhorar".
	Campanhas de prevenção. A educação em saúde foi mencionada como um caminho de melhorias para o cuidado psicossocial.	E1: "Educar a população sobre a prevenção é fundamental". E2: "Precisamos manter a educação sobre higiene". E3: "Campanhas de profilaxia devem ser reforçadas".
Considerações finais sobre os cuidados psicossociais (Pergunta 9)	Cuidado com a saúde mental. Todos os entrevistados enfatizaram a necessidade de mais atenção à saúde mental, tanto para usuários quanto para profissionais.	E1: "A saúde é o que mais precisa de atenção". E2: "Cuide de si para poder cuidar dos outros". E3: "As pessoas não estão priorizando a saúde/saúde mental".

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Em relação às melhorias necessárias no cuidado psicossocial, os entrevistados apontaram a reformulação das políticas públicas como um passo essencial. E1 comentou: "*Os salários defasados desmotivam*", enquanto E2 afirmou que "*precisamos de políticas públicas mais humanas*". Esses depoimentos destacam o efeito da precarização do trabalho sobre os profissionais de saúde.

Segundo Amarante (2007), essa precarização é uma herança histórica das políticas de saúde no Brasil, que nunca foram adequadamente financiadas ou estruturadas para lidar com crises de grande escala, como a pandemia de COVID-19. Amarante também argumenta que, sem uma reformulação significativa, o sistema continuará funcionando de maneira paliativa, apenas reagindo às crises em vez de preveni-las.

A importância das campanhas de prevenção também foi um ponto abordado pelos entrevistados. E1 mencionou que "*educar a população sobre a prevenção é fundamental*", enquanto E3 enfatizou que "*campanhas de profilaxia devem ser reforçadas*". A literatura, especialmente as recomendações da OMS (2020), apoia essa visão, sugerindo que campanhas educativas são essenciais para

garantir que a população esteja preparada para lidar com crises futuras de maneira mais consciente e informada. Souza (2009) complementa essa discussão ao afirmar que as campanhas de prevenção não devem ser vistas apenas como medidas temporárias, mas como parte integral de uma política de saúde pública que vise à prevenção de doenças em massa.

Por fim, os entrevistados destacaram a necessidade de um cuidado mais focado na promoção, prevenção e nos cuidados psicossociais, tanto para os profissionais quanto para os usuários do sistema de saúde. E2 afirmou: *"Cuide de si para poder cuidar dos outros"*, uma recomendação que ecoa nas discussões de Garcia e Duarte (2020), que enfatizam que o autocuidado dos profissionais de saúde é um fator chave para garantir a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Eles argumentam que, sem a implementação de políticas que incentivem o autocuidado e ofereçam suporte emocional contínuo, o esgotamento dos profissionais desencadeará uma crise crônica dentro do sistema de saúde.

Essas respostas indicam que, para os entrevistados, a reformulação das políticas públicas é essencial para a melhoria do atendimento psicossocial, com ênfase na valorização dos profissionais e na criação de estratégias educativas para a população. Eles também destacam que a saúde, tanto de profissionais quanto de usuários, deve ser uma prioridade para o futuro do sistema de saúde.

Por fim, a última questão da pesquisa (Pergunta 10) pediu aos entrevistados que refletissem sobre o futuro do cuidado psicossocial e sobre o impacto da pandemia nas relações humanas e no fortalecimento das redes de apoio. A pergunta tinha como objetivo identificar como os entrevistados enxergam as mudanças que podem ser implementadas no pós-pandemia, e as lições aprendidas com essa experiência.

Os resultados desta pergunta (Tabela 6) mostram uma visão ambígua dos entrevistados, que esperavam maior empatia e solidariedade entre as pessoas após a pandemia, mas que, em muitos casos, se sentiram frustrados pela falta de mudanças significativas no comportamento social. Além disso, foi enfatizada a importância de fortalecer as redes de apoio psicossocial como uma forma de garantir que a saúde/saúde mental receba a devida atenção no futuro.

Tabela 6- Considerações Finais sobre o Futuro do Cuidado Psicossocial

Eixo/Temática	Sentidos Identificados	Exemplos de Falas (E1, E2, E3)
Considerações Finais sobre o Futuro do Cuidado Psicossocial (Pergunta 10)	Mudança na empatia e na relação humana. Os entrevistados destacaram o impacto da pandemia na forma como as pessoas se relacionam e cuidam umas das outras.	E1: "Eu esperava que as pessoas se tornassem mais empáticas". E2: "Precisamos nos reconectar com o cuidado ao próximo". E3: "Achei que o mundo voltaria mais humano, mas me decepcionei".
	Necessidade de fortalecimento das redes de apoio. Foi destacada a importância de fortalecer as redes de apoio psicossocial no futuro.	E1: "É preciso garantir redes de apoio para todos". E2: "As redes de apoio precisam ser mais acessíveis e inclusivas". E3: "Sem um fortalecimento das redes, a saúde continuará em risco".

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Em relação às considerações finais, são reveladas tanto uma frustração generalizada com a falta de empatia quanto mudanças significativas nas relações humanas após a pandemia. E1 expressou: "*Eu esperava que as pessoas se tornassem mais empáticas*", enquanto E3 destacou: "*Achei que o mundo voltaria mais humano, mas me decepcionei*".

Essa decepção pode ser entendida à luz das reflexões de Foucault (2004), que sugere que momentos de crise frequentemente revelam as tensões subjacentes nas relações sociais, em vez de promover uma solidariedade duradoura. Foucault argumenta que as crises tendem a reforçar as desigualdades existentes, expondo as fragilidades das estruturas sociais que deveriam promover o bem-estar coletivo.

Além disso, os entrevistados salientaram a importância de fortalecer as redes de apoio psicossocial. "*As redes de apoio precisam ser mais acessíveis e inclusivas*" (E2), disse um dos entrevistados, refletindo um consenso sobre a carência de reformular essas redes para que elas possam realmente atender às necessidades de todos os segmentos da população.

Segundo Souza (2009), a criação de redes de apoio acessíveis e inclusivas é essencial para garantir que a saúde mental seja tratada como uma prioridade nas políticas públicas, especialmente em um contexto pós-pandemia, onde a demanda por cuidados psicológicos aumentou significativamente.

Neste sentido, a pergunta 10 reforça a ideia de que a empatia e as relações humanas precisam ser mais valorizadas no pós-pandemia. No entanto, os entrevistados expressaram frustração pela falta de mudanças significativas. Além

disso, a criação e o fortalecimento das redes de apoio psicossocial são vistos como fundamentais para garantir uma atenção mais adequada à saúde no futuro.

Os depoimentos reforçam a necessidade urgente de reformulação das políticas públicas de saúde, destacando a importância de campanhas preventivas, melhorias nas condições de trabalho dos profissionais e o fortalecimento das redes de apoio.

A literatura sugere que esses elementos são fundamentais para garantir um cuidado mais adequado e sustentável, tanto para os profissionais quanto para os usuários do sistema. Autores como Amarante (2007), Souza (2009), Garcia e Duarte (2020), e Foucault (2004) concordam que sem uma abordagem estruturada e preventiva, o sistema de saúde continuará vulnerável a crises futuras, com impactos devastadores para todos os envolvidos.

Esses resultados reafirmam a importância de se priorizar a saúde, não apenas em momentos de crise, mas como uma parte permanente e integral das políticas públicas de saúde, com enfoque na prevenção, no cuidado contínuo e na valorização dos profissionais que sustentam essa rede.

5.3 Narrativas empíricas de profissionais que atuaram na linha de frente enfrentando a covid-19

Nesta última seção, foi dada ênfase às narrativas dos profissionais que atuaram diretamente na linha de frente durante a pandemia, lidando com o impacto da COVID-19 sobre a saúde dos pacientes e suas próprias vivências emocionais. São abordados temas como o desgaste emocional, o suporte psicossocial recebido, e os dilemas enfrentados no atendimento a pacientes em sofrimento agravado pela crise sanitária. A análise busca trazer à tona as vozes desses profissionais, destacando as dificuldades, resiliência e aprendizados adquiridos no enfrentamento da pandemia.

Assim como ocorreu com as gestoras, a entrevista com os demais profissionais foi marcada por intensa carga emocional, evidenciando as feridas ainda abertas do período da pandemia. Diversas entrevistas precisaram ser pausadas devido ao choro dos participantes ao reviver as memórias desse momento difícil, demonstrando o impacto profundo que a COVID-19 teve em suas vidas pessoais e profissionais.

Para acolher esses momentos sensíveis e garantir um ambiente de

segurança e conforto emocional, foram disponibilizados recursos como gravador de voz, lençóis de papel, água e, ao final de cada conversa, uma pequena lembrança com biscoitos e geleia em uma cesta de presente foi entregue a cada um, encerrando o encontro de forma mais leve e acolhedora. Essa abordagem humanizada ajudou a criar um espaço de escuta ativa e empática, permitindo que os entrevistados se sentissem cuidados e à vontade para compartilhar suas vivências.

Ouvir relatos que abrangem profissionais de diferentes áreas, desde os serviços gerais até a medicina, revelou-se essencial para compreender a complexidade dos desafios enfrentados na gestão do cuidado psicossocial durante uma pandemia. O tema desse estudo encontra eco nas vozes desses profissionais, que oferecem uma perspectiva plural sobre como cada função, mesmo que aparentemente menos reconhecidas, desempenhou um papel crucial no enfrentamento da crise.

A diversidade dos depoimentos reflete a necessidade de políticas públicas que valorizem a integralidade do cuidado, fortalecendo não apenas a assistência técnica, mas também a saúde mental e emocional das equipes, promovendo um sistema de saúde mais humano e preparado para lidar com futuros desafios.

Nesse sentido, iniciamos a análise das entrevistas com a descrição do perfil identitário desses profissionais (Tabela 7), ressaltando a diversidade de funções e trajetórias presentes nas diferentes áreas da saúde pública. Essa abordagem permite compreender como cada indivíduo, a partir de sua identidade pessoal e profissional, contribuiu para o enfrentamento dos desafios fiscais pela pandemia de COVID-19.

Ao incluir desde servidores da linha de frente, como enfermeiros e médicos, até profissionais de apoio, como motoristas, recepcionistas e trabalhadores dos serviços gerais, a pesquisa oferece uma visão abrangente das experiências vividas. Essa pluralidade é essencial para captar as diferenças dos impactos psicossociais sofridos, destacando que cada função teve relevância na manutenção dos serviços de saúde e na construção de respostas às adversidades impostas pela crise sanitária.

Tabela 7- Perfil Identitário e Profissional dos Entrevistados

Entrevistado (a) Profissão	Cargo/	Ano de Ingresso/ Contrato	Idade	Estado Civil	Filhos	Informações Adicionais
E1	Enfermeira CAPS	2007	40	Solteira	Não	Especializações em saúde mental, cardiologia e hemodinâmica.
E2	Terapeuta Ocupacional	2006	43	Casada	Sim	Maior parte da experiência na Atenção Básica.
E3	Médica Programa Médicos pelo Brasil	2007	41	Solteira	Não	Já atuou na Marinha; especializou-se como médica da família.
E4	Recepcionista	2018 (CLT)	24	Casada	Não	Trabalha para pagar a faculdade de Fisioterapia.
E5	Agente Endemias	2000	50	Casado	Sim	Fez parte da primeira turma de agentes do município.
E6	Motorista	2012	40	divorciado	Sim	Transporte de pacientes para hemodiálise; enfrenta estresse durante o serviço.
E7	Serviços Gerais	2010	52	Casada	Sim	Trabalha no posto de saúde desde 2016.

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Diante dos dados expostos na tabela acima, é visível que o perfil identitário e profissional dos entrevistados reflete a diversidade e complexidade dos serviços de saúde pública, abrangendo desde atendimento especializado em saúde até serviços de apoio e transporte. Os dados revelam tanto a variedade de funções exercidas quanto os desafios e adaptações enfrentadas durante a pandemia de COVID-19.

Os profissionais entrevistados ocupam cargos em diversas áreas, como enfermagem (CAPS), terapia ocupacional, medicina de família, recepção, agente de endemias, motorista, e serviços gerais. Essa diversidade permite uma análise abrangente das múltiplas dimensões envolvidas no funcionamento dos serviços de saúde, em que cada função, seja técnica ou operacional, desempenha um papel essencial. A maior parte dos entrevistados ingressou no serviço público há mais de uma década, o que sugere estabilidade e envolvimento de longo prazo nas funções exercidas. Casos como o do agente de endemias (E5), que faz parte da primeira turma de agentes do município desde 2000, demonstram a continuidade e o

comprometimento desses profissionais com o serviço público.

Em contrapartida, a recepcionista (E4) apresenta uma perspectiva mais recente e em formação, trabalhando para pagar sua graduação em Fisioterapia. Já em termos de estado civil, a maioria dos entrevistados são casados e possui filhos, estabelecendo a necessidade de equilibrar responsabilidades profissionais e familiares.

No entanto, também há entrevistados solteiros e divorciados, como a médica (E3) e o motorista (E6). Esse aspecto é relevante, pois muitos mencionaram que as dinâmicas familiares foram afetadas diretamente durante a pandemia, tanto pelo isolamento social quanto pelo medo de contágio.

A configuração familiar aparece de forma significativa no relato da recepcionista (E4), que cuidava de sua avó, considerada sua “segunda mãe”. Esse afetivo intensificou a necessidade de cuidado e proteção, refletindo como o contexto familiar impactou as preocupações profissionais durante a pandemia.

Em continuidade à análise das falas dos profissionais participantes deste estudo, buscou-se explorar aspectos mais profundos das experiências desses profissionais durante uma pandemia. Para isso, indagou-se sobre suas trajetórias profissionais, impactos da pandemia, e percepções sobre os cuidados psicossociais. Dado o caráter acolhedor da entrevista, muitos participantes se sentiram confortáveis para compartilhar detalhes pessoais e se estenderem em seus relatos, revelando vivências marcadas tanto por desafios emocionais quanto por aprendizados.

Com o objetivo de organizar e sintetizar essas respostas, optamos por tabular os dados conforme três categorias: Eixo/Temática, Sentidos Identificados e Exemplos de falas dos entrevistados. Essa estrutura permite uma visualização nítida dos temas recorrentes e facilita a compreensão das nuances de cada relato. Assim, as Tabelas 8 e 9 apresentam um panorama integrado das falas, destacando pontos centrais como a paixão pela profissão, o medo e a exaustão durante a pandemia, e as dificuldades enfrentadas na prestação de cuidados psicossociais.

Essa organização é essencial para traduzir a riqueza dos depoimentos e fornecer uma visão abrangente das experiências desses profissionais, cuja diversidade de cargos e papéis foi crucial no enfrentamento da crise.

Tabela 8- Trajetória Profissional e Impactos da Pandemia sobre os Profissionais de Saúde

Eixo/Temática	Exemplos de Falas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)	Sentidos Identificados
Trajetória Profissional	Vocação e paixão pela área de atuação; experiências desde a formação; desafios no serviço público e mobilidade entre setores.	- E1: "Eu me apaixonei pela saúde mental na faculdade e nunca mais deixei." - E2: "Trabalhei na saúde mental, mas grande parte da minha trajetória foi na atenção básica." - E3: "Sempre quis ser médica de família e estou onde sonhei." - E4: "Comecei a trabalhar para pagar minha faculdade de Fisioterapia." - E5: "Faço parte da primeira turma de agentes de endemias do município." - E6: "Entrei como motorista em 2012, e hoje transporto pacientes de hemodiálise." - E7: "Esse é meu primeiro emprego; entrei com 19 anos como terceirizada."
Impactos da Pandemia e Cuidado de Si e do Outro	Medo, exaustão emocional e sobrecarga pela falta de apoio institucional; adaptações pessoais e profissionais; desafios sem equilíbrio entre trabalho e cuidado familiar.	- E1: "Desenvolvi burnout e ansiedade por ter que me manter 'forte' por tanto tempo." - E2: "A pandemia rompeu grupos que eu liderava, e até hoje não consegui retomar." - E3: "Perdi dois pacientes, mãe e filha, e isso me marcou profundamente." - E4: "No início, parecia errado até respirar na rua; era muito estressante." - E5: "Tínhamos medo de pegar COVID, e as pessoas fugiram para cá achando que estariam protegidas." - E6: "A equipe se desfez após a pandemia, e muitos colegas adoeceram." - E7: "Manter a calma e a fé era o maior desafio; parecia que o mundo ia acabar."

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Diante dos dados apresentados, na Tabela 8, é possível destacar os aspectos importantes sobre a trajetória profissional dos entrevistados e os impactos da pandemia em suas vidas. Uma diversidade de experiências, que vão desde os serviços gerais até os profissionais de saúde, demonstrando a complexidade do

sistema de saúde pública e a importância de cada papel desempenhado no enfrentamento da crise.

Os relatos sobre a trajetória profissional indicam uma forte vocação e paixão pela área de atuação, com muitos entrevistados mencionando a escolha da carreira como uma decisão consciente, influenciada por experiências formativas. A enfermeira (E1) e a terapeuta ocupacional (E2) destacam paixão pelo tema da saúde mental e como o desejo de ajudar aos outros moldaram suas decisões profissionais. Essa motivação é crucial para entender a dedicação e o comprometimento desses profissionais, que muitas vezes vão além das expectativas em suas funções.

Além disso, relataram que falaram sobre a mobilidade entre os setores da saúde, o que sugere uma flexibilidade e adaptabilidade essenciais para a sobrevivência e eficácia dos serviços. A médica (E3) e o motorista (E9), por exemplo, expressam suas experiências em diferentes contextos, o que demonstram como a capacidade de adaptação é fundamental em um ambiente de saúde em constante mudança. Segundo Godoy (1995), essa capacidade de adaptação é essencial nas políticas públicas para responder às mudanças e demandas sociais, especialmente em situações de crise.

Os efeitos da pandemia de COVID-19 são evidentes nas falas dos entrevistados, que relatam experiências de medo, exaustão emocional e sobrecarga. A enfermeira (E1) menciona o desenvolvimento de *burnout*⁴ e crises de ansiedade⁵, refletindo o peso emocional que muitos profissionais sentiram ao tentar manter a eficácia no atendimento em meio às incertezas e desafios. O medo constante de contrair a doença e transmitir aos familiares, como expresso pelo motorista (E6), ilustra as emoções emocionais que permeavam a rotina de trabalho.

Dessa forma, pode-se afirmar que a pandemia trouxe um forte impacto emocional. O desenvolvimento de *burnout* e crises de ansiedade relatadas por alguns profissionais confirmam a sobrecarga vivida, corroborando com os achados

⁴ Entende-se por *burnout* um distúrbio emocional que se caracteriza por uma reação de tensão emocional crônica, resultante de situações de trabalho desgastantes. É também conhecido como Síndrome do Esgotamento Profissional

⁵ Crises de ansiedade são definidas como uma intensa sensação de medo ou desconforto, muitas vezes acompanhada por sintomas físicos e emocionais

de Bezerra *et al.* (2020), que apontam a exaustão emocional dos trabalhadores de saúde como uma das maiores consequências da pandemia.

O relato do motorista que destaca o medo constante de levar a doença para casa exemplifica como essa ansiedade não se restringiu aos profissionais de alta complexidade, mas permeou toda a rede de atendimento, reforçando a importância de políticas que promovam o cuidado psicossocial integral (Souza; Buss, 2021).

A pandemia não apenas exacerbou os desafios já existentes, mas também revelou a fragilidade dos cuidados psicossociais disponíveis para os profissionais da saúde. O relato da recepcionista (E7), que menciona a falta de informações sobre o estado de parentes internados, exemplifica a desumanização que muitos vivenciaram, em que o apoio emocional se tornou escasso.

A diversidade dos relatos também destaca a relevância da escuta ativa e do cuidado nas interações diárias. Ao ouvir os relatos de profissionais de diferentes níveis e funções, percebe-se que cada um, à sua maneira, enfrentou a pandemia e buscou formas de cuidar de si e dos outros. O terapeuta ocupacional (E4) enfatiza a necessidade de um acompanhamento mais próximo e personalizado, enquanto a médica (E6) confirma a importância da cooperação e da empatia entre colegas.

Esses dados sugerem que a valorização da integralidade do cuidado deve ser uma prioridade nas políticas de saúde, promovendo ambientes onde a saúde psicossocial dos profissionais seja reconhecida como essencial para a qualidade do atendimento prestado. Portanto, é crucial que as futuras políticas de saúde não apenas abordem a assistência técnica, mas também incluam medidas que visem o fortalecimento emocional das equipes de saúde.

Em suma, os resultados da Tabela 8 oferecem um panorama significativo sobre a complexidade das experiências profissionais durante uma pandemia. A análise revela não apenas as motivações e desafios enfrentados pelos profissionais, mas também a necessidade urgente de um suporte adequado e uma abordagem mais humanizada nas políticas de saúde. Ao considerar a importância de cada função e a vivência de todos os envolvidos, pode-se construir um sistema de saúde mais resiliente e capaz de enfrentar crises futuras de maneira mais integrada e solidária.

Para compreender como os profissionais de saúde vivenciaram os cuidados psicossociais durante a pandemia e quais desafios mais os impactaram, foi

essencial ouvir suas percepções sobre o suporte oferecido e as condições de trabalho. A Tabela 9 organiza essas respostas em dois eixos: opiniões sobre os cuidados psicossociais e desafios enfrentados no contexto da pandemia, sintetizando os sentidos mais recorrentes e exemplificando-os por meio das falas dos entrevistados.

As respostas mostram que, embora os profissionais desempenhem diferentes funções, todos enfrentaram sobrecarga emocional, medo constante e falta de apoio institucional. Muitos disseram que o foco da gestão foi voltado para a medicalização e a alocação de recursos hospitalares, enquanto o cuidado emocional foi negligenciado. Essa percepção evidencia a importância de um modelo de atenção mais humanizado, que contempla não apenas o atendimento técnico aos pacientes, mas também o acolhimento das equipes de saúde.

Ao sintetizar essas falas, é possível uma análise dos sentimentos e dificuldades vividas, destacando que o isolamento social, a falta de comunicação entre os serviços e a desintegração das equipes foram fatores que agravaram o desgaste emocional dos profissionais. As vozes dos entrevistados trazem uma contribuição essencial para a reflexão sobre as fragilidades e potencialidades das políticas públicas, enfatizando a necessidade de melhoria do cuidado psicossocial em futuros cenários de crise.

Tabela 9- Opiniões sobre Cuidados Psicossociais e Desafios Enfrentados durante uma Pandemia

Eixo/Temática	Exemplos de Falas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)	Sentidos Identificados
Opiniões sobre Cuidados Psicossociais	Falta de estrutura e apoio psicossocial; prioridade dada à medicalização; desumanização do atendimento.	- E1: "O cuidado psicossocial foi esquecido; só priorizaram leitos." - E2: "O cuidado ficou muito mecânico e institucional." - E3: "O foco não foi no psicológico; estava tudo abalado." - E4: "O acompanhamento telefônico era muito superficial." - E5: "Cada um cuidava de si mesmo." - E6: "Só buscavam ajuda quando a situação era grave." - E7: "Não recebemos notícias sobre os parentes internados."

Desafios durante uma Pandemia	Psicossociais	Medo, isolamento, e falta de apoio emocional; dificuldade em equilibrar trabalho e vida pessoal.	- E1: "O medo de levar a doença para casa era constante." - E2: "Ainda não conseguiu retomar os grupos que liderou." - E3: "Perder mãe e filha foi devastadora." - E4: "Respirar estranho." - E5: "Fugiam para cá achando que estariam protegidos." - E6: "A equipe se desfez e colegas adoeceram." - E7: "Era difícil manter a fé e a calma."
--------------------------------------	----------------------	--	---

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Ao observarmos as respostas dos entrevistados na tabela 9, veremos que é aprofundada a análise ao trazer as percepções dos profissionais sobre a falta de suporte psicossocial durante uma pandemia. As falas revelaram que o foco institucional foi voltado principalmente para a medicalização e para a gestão hospitalar, enquanto o cuidado emocional e social das equipes foi negligenciado. Isso se alinha com as críticas feitas por Minayo (2010) e Bardin (2020), que apontam que o sistema de saúde frequentemente prioriza aspectos técnicos e operacionais, em detrimento da saúde mental e emocional dos trabalhadores.

Os profissionais disseram que, mesmo em situações de grande sofrimento, como perda de pacientes e familiares, faltou apoio emocional estruturado. A médica que perdeu dois pacientes, mãe e filha, destacou a profundidade do impacto emocional, enquanto outros entrevistados mencionaram o isolamento e a falta de comunicação como fontes adicionais de ansiedade.

Souza e Buss (2021) enfatizam que o cuidado psicossocial é essencial não apenas para os pacientes, mas também para os trabalhadores, especialmente em tempos de crise, ou que não foram atendidos plenamente durante uma pandemia.

Outro ponto crítico foi a desumanização do atendimento. Muitos profissionais disseram que o acompanhamento por telefone era superficial e que, em vários momentos, não recebiam informações sobre o estado de saúde de familiares internados. Segundo Bezerra *et al.* (2020), a pandemia revelou falhas no atendimento humanizado, evidenciando a necessidade de rever as práticas de comunicação e acolhimento dentro dos serviços de saúde.

A falta de suporte e o isolamento afetaram não apenas a saúde emocional, mas também a dinâmica das equipes. Alguns profissionais mencionaram

que a pandemia levou ao afastamento e ao adoecimento de colegas, desestruturando as equipes. Como visto por Godoy (1995), a resiliência das políticas públicas depende da capacidade de preservação e do fortalecimento das redes de trabalho colaborativo, o que nem sempre foi possível durante uma pandemia.

Diante dos resultados, fica evidenciada a carência de suporte psicossocial e os desafios emocionais enfrentados. Essas respostas mostraram que, independentemente da função exercida, todos os profissionais compartilham sentimentos de medo, sobrecarga e esgotamento, destacando a necessidade de fortalecimento de políticas públicas que considerem a integralidade do cuidado psicossocial.

Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas mais integradas, que consideram não apenas a dimensão técnica do cuidado, mas também a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores. Como defendem Souza e Buss (2021), reiteramos, um sistema de saúde realmente eficaz é aquele que oferece suporte integral aos seus profissionais, garantindo condições não apenas de trabalho, mas também de acolhimento e saúde emocional.

Com relação a como os entrevistados avaliam os cuidados psicossociais oferecidos durante a pandemia, bem como as potências e desafios que surgiram nesse período, os mesmos relatam que, apesar de alguns avanços e aprendizados, os cuidados psicossociais foram insuficientes, com lacunas significativas na oferta de suporte emocional e uma ênfase maior na medicalização e contenção emergencial do que no acolhimento dos trabalhadores, conforme pode ser observado nos relato na tabela abaixo.

Tabela 10- Avaliação dos Cuidados Psicossociais e Potências e Desafios Durante uma Pandemia

Eixo/Temática	Exemplos de Falas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)	Sentidos Identificados
Avaliação dos Cuidados Psicossociais	Falta de estrutura e apoio emocional adequado; atendimento focado em medicalização e controle emergencial.	- E1: "O psicossocial foi deixado de lado, o foco era só nos leitos." - E2: "Só ligamos para preencher protocolo." - E3: "Não houve preparação emocional nem para nós, nem para os pacientes." - E4: "A ligação por telefone era um consolo raso."
		- E5: "Nós também precisávamos de ajuda e não existiam." - E6: "Só fomos ter apoio psicológico na terceira onda." - E7: "Era cada um por si, e quem solicitado de psicólogo ficou sem."
Potências da Pandemia	Avanços na cooperação entre profissionais; implementação de tecnologias de saúde, como a telemedicina; invenção da vacina.	- E1: "As pessoas conseguiram se ajudar mais." - E2: "A vacina foi uma luz no fim do túnel." - E3: "Telemedicina foi um grande avanço." - E4: "Foi um aprendizado projetado, mas necessário." - E5: "A tecnologia avançou rápido, isso foi bom." - E6: "Os colegas se uniram mais." - E7: "A vacina foi nossa maior esperança."
Desafios da Pandemia	Isolamento social; sobrecarga emocional e adoecimento mental; desintegração das equipes e falta de suporte institucional.	- E1: "Foi difícil manter a sanidade." - E2: "O isolamento acabou com muitas equipes." - E3: "A sensação era de estar sozinho o tempo todo." - E4: "A convivência com a família também pesou." - E5: "Ver colegas adoecerem foi devastador." - E6: "Ninguém voltou o mesmo depois." - E7: "A equipe foi se desfazendo, ninguém aguentava mais nada."

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Nos discursos, foi destacado que o atendimento por telefone e vídeo chamadas oferecia um suporte limitado e burocrático, conforme relatado por falas como: "*Só ligavam para preencher protocolo*" (E2). Além disso, a falta de apoio emocional gerou imediatamente uma sensação de abandono, já que o suporte

psicológico para os profissionais só foi disponibilizado nas fases mais tardias da pandemia: *“Só conversamos com psicólogo na terceira onda e por chamada de vídeo”* (E6).

De acordo com Bezerra *et al.* (2020), a pandemia gerou sobre carregamento emocional tanto para profissionais quanto para pacientes, o que foi identificado nas falas dos entrevistados que reclamaram da falta de suporte e da superficialidade dos atendimentos.

Entre as potências identificadas, os entrevistados destacaram a invenção da vacina e os avanços tecnológicos, como a implementação da telemedicina que, embora tenham sido um aprendizado modificado, trouxeram benefícios: *“A telemedicina foi um grande ganho”* (E3).

A literatura sugere que a pandemia impulsionou o uso de tecnologias como uma estratégia de enfrentamento, mas sua adoção só foi possível devido ao esforço conjunto das equipes, evidenciando a capacidade de cooperação entre os profissionais de saúde (Minayo, 2010).

No entanto, os desafios enfrentados, como o isolamento social e a desintegração das equipes, tiveram impacto direto na saúde mental e emocional dos profissionais: *“A equipe foi se desfazendo, ninguém aguentava mais nada”* (E7). Souza e Buss (2021) destacam que a falta de políticas integradas e contínuas para o cuidado psicossocial afeta as qualidades do trabalho em equipe e a saúde mental dos profissionais de saúde.

Dessa forma, os resultados revelam que, embora a pandemia tenha promovido inovações e cooperação entre profissionais, o adoecimento mental e a falta de suporte adequado deixaram marcas profundas na equipe de saúde, apontando para a necessidade urgente de melhorias nos cuidados psicossociais.

No que se refere às dificuldades enfrentadas nas políticas de saúde e suas reflexões finais sobre a pandemia, os relatos apontam para a falta de valorização dos profissionais, especialmente aqueles em funções de apoio, como serviços gerais e motoristas, além de problemas relacionados à descontinuidade dos serviços de saúde após uma crise sanitária.

Tabela 11- Dificuldades e Considerações Finais sobre a Política de Saúde e a Pandemia

Eixo/Temática	Exemplos de Falas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7)	Sentidos Identificados
Dificuldades na Política de Saúde	Falta de valorização dos profissionais, especialmente nas áreas de apoio; descontinuidade e fragilidade no retorno dos serviços.	- E1: “O pessoal da limpeza e motoristas são esquecidos.” - E2: “A saúde pública parou e não voltou como antes.” - E3: “Os serviços foram retomados, mas a equipe estava esgotada.” - E4: “Ninguém foi valorizado pelo esforço que fez.”
		- E5: “No começo não tinha nem máscara para trabalhar.” - E6: “O salário continua baixo para quem está na linha de frente.” - E7: “Minha equipe se desfez com burnout e pânico.”
Considerações Finais sobre a Pandemia	Reflexões sobre a vida e a importância de aproveitar o presente; esperança de melhorias no sistema de saúde e nas políticas públicas.	- E1: “Eu renasci depois da pandemia.” - E2: “Espero que a gente saia mais forte disso tudo.” - E3: “Espero que o próximo governo tenha mais compromisso.” - E4: “Foi um aprendizado, mas veio com muita dor.” - E5: “A saúde pública precisa de mais atenção.” - E6: “A guerra interna ainda não acabou.” - E7: “Espero que as pessoas valorizem mais a saúde e a vida.”

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

As falas refletem uma percepção nítida de negligência institucional, conforme descrito por um dos entrevistados: “*No começo, não tinha nem máscara para trabalhar*” (E5). Além disso, houve desgaste emocional nas equipes, com muitos profissionais relacionando esgotamento e problemas de saúde mental: “*Minha equipe se desfez por burnout e síndrome do pânico*” (E7).

No decorrer dessas indagações foi notória a falta de valorização dos profissionais, especialmente aqueles em funções de apoio, como motoristas e serviços gerais. Segundo Bardin (2020), essa negligência pode intensificar o desgaste emocional e agravar as condições de trabalho, como exemplificado pela fala: “*O pessoal da limpeza e os motoristas são esquecidos*” (E1). Além disso, os entrevistados revelaram que as políticas de saúde cuidaram de continuidade e estrutura adequadas no retorno às atividades normais. Souza e Buss (2021) afirmam que a fragmentação

e a falta de planejamento eficaz na gestão pública dificultam a recuperação das equipes e do sistema como um todo.

Nas considerações finais, os entrevistados também mencionaram reflexões sobre a importância de valorizar a vida e o tempo presente, bem como a esperança de que a experiência da pandemia possa trazer melhorias para o sistema de saúde: *“Espero que o próximo governo tenha mais compromisso com a população”* (E3).

Contudo, alguns expressaram pessimismo e incertezas quanto ao futuro: *“Se nem uma pandemia ajudou a gente a melhorar, tenho medo do que virá”* (E2). Isso reforça a necessidade de compensar as políticas de saúde de forma integrada, promovendo o cuidado contínuo e a valorização dos trabalhadores, conforme argumentam Bezerra *et al.* (2020).

Diante desse contexto, podemos afirmar que os resultados revelam que a pandemia expõe não apenas a fragilidade do sistema de saúde, mas também a necessidade de políticas públicas mais humanas e ações que garantam a valorização e o bem-estar dos profissionais.

Para finalizar as entrevistas, colhemos as considerações dos profissionais participantes sobre melhorias nos cuidados psicossociais e reflexões sobre o futuro. As falas destacaram a necessidade de empatia e gratidão nas relações de trabalho e a criação de programas específicos para cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde. Como expressa um dos entrevistados: *“Cuidar de quem cuida é essencial”* (E2), como pode ser observado na tabela abaixo.

Tabela 12- Considerações Finais e Melhorias nos Cuidados Psicossociais

Eixo/Temática Exemplos de Falas (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7) Sentidos Identificados

Melhorias nos Cuidados Psicossociais	Necessidade de maior empatia e gratidão no trabalho em equipe; criação de programas para cuidar da saúde mental dos profissionais.	- E1: “O atendimento precisa ser mais humano.” - E2: “Cuidar de quem cuida é essencial.” - E3: “Faltam espaços de acolhimento.” - E4: “A empatia faz toda a diferença.” - E5: “Precisamos de apoio contínuo, não só na crise.” - E6: “Ainda falta muito para recuperar o espírito de equipe.” - E7: “Os serviços precisam ser mais compassivos.”
Considerações sobre o Futuro	Reflexão sobre os impactos duradouros da pandemia e o aprendizado para o futuro; medo de novas crises e esperança de melhorias.	- E1: “A dor da pandemia ainda está presente.” - E2: “Se nem uma pandemia ajudou, tenho medo do futuro.” - E3: “Espero que possamos melhorar como sociedade.”
		- E4: “Aprendi muito, mas paguei um preço alto.” - E5: “Temos que estar mais preparados para a próxima crise.” - E6: “A pandemia trouxe muitas lições.” - E7: “Espero que nunca mais passemos por isso.”

Fonte: Dados obtidos através de entrevistas dos sujeitos/2024.

Os entrevistados também reforçaram que a empatia deve ser uma prática constante: “Um bom atendimento e empatia são fundamentais” (E7). Contudo, muitos disseram ter encontrado dificuldades em retomar o espírito de equipe após a pandemia, refletindo o impacto duradouro da crise: “Ainda falta muito para recuperar o espírito de equipe” (E6).

Minayo (2010) destaca que o cuidado em saúde precisa ser visto de forma integral, considerando tanto os aspectos técnicos quanto emocionais, o que reforça a necessidade de implementação de programas secundários para cuidar da saúde mental dos profissionais de forma contínua.

Nas reflexões sobre o futuro, alguns entrevistados investigaram a continuidade dos aprendizados trazidos pela pandemia, enquanto outros expressaram medo de novas crises: “Se nem uma pandemia ajudou, tenho medo do que virá” (E2). As falas também revelam que, apesar do aprendizado e da superação, as marcas

emocionais da pandemia ainda estão presentes: *“A dor ainda está presente, mesmo depois de tanto tempo”* (E6). Bardin (2020) sugere que experiências traumáticas como a pandemia requerem uma resistência dos laços e rotinas, para que as equipes possam se fortalecer e superar as dificuldades enfrentadas.

Esses resultados indicam que, além de mudanças estruturais, é necessário fortalecer o acolhimento e a saúde psicossocial dos trabalhadores, de forma contínua. Os relatos reforçam a importância de incorporar práticas de cuidado psicossocial nos serviços de saúde, não apenas em momentos de crise, mas como parte da rotina, pois embora a pandemia tenha promovido avanços como a telemedicina e a invenção da vacina, também expõe fragilidades estruturais nas políticas de saúde e desigualdades na valorização dos profissionais.

As falas dos entrevistados refletiram não apenas o esgotamento emocional, mas também a falta de apoio institucional, apontando para a necessidade de um modelo de atenção mais humano, acolhedor e eficiente. Durante o desenvolvimento deste estudo, autores como Franco e Merhy (2013), Onocko-Campos e Furtado (2006), Campos (2007) e Paim (2012), trouxeram a urgência de uma integração entre o cuidado técnico e emocional e de políticas públicas capazes valorizar todos os trabalhadores da saúde. A pandemia deixou como legado a necessidade de transformar as práticas e as políticas de saúde, garantindo tanto o bem-estar dos usuários quanto das equipes que sustentam o sistema.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 impôs desafios significativos ao cuidado psicossocial no Brasil, testando a capacidade de adaptação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Os resultados desta pesquisa apontam que, embora as políticas de saúde tenham sido ajustadas para responder rapidamente à crise, diversos entraves estruturais e operacionais foram evidenciados.

No decorrer da investigação, foi revelado que a escassez de recursos humanos e financeiros, a sobrecarga emocional dos profissionais e a dificuldade de comunicação entre os diferentes níveis de gestão comprometem a eficácia do cuidado psicossocial.

Os grupos focais e entrevistas realizadas com profissionais de saúde – tanto da atenção básica quanto dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – indicaram que o cotidiano de trabalho durante a pandemia foi marcado por intensas demandas emocionais e operacionais. Profissionais de diferentes níveis educacionais relataram a sobrecarga de trabalho, o medo do contágio e a necessidade de lidar com a perda de colegas e usuários dos serviços.

Os profissionais destacaram a importância da atuação em equipe e da transversalidade no cuidado, evidenciando que o cuidado psicossocial não se limita aos profissionais de nível superior, mas envolve a todos os membros da equipe, como motoristas, recepcionistas e agente endemias e serviços gerais.

Outro ponto central identificado foi a necessidade de inovação e fortalecimento das políticas públicas. Os profissionais apontaram que a pandemia evidenciou lacunas já existentes na rede de saúde e enfatizaram a urgência de maior integração entre a gestão municipal e os trabalhadores da linha de frente.

A adaptação das práticas de cuidado psicossocial, com destaque para a utilização de abordagens itinerantes, como o Consultório na Rua, e o uso de tecnologias relacionais, demonstra o potencial de inovação mesmo em meio a uma crise sem precedentes.

Por outro lado, esse estudo revelou que a pandemia agravou as iniquidades na saúde, expondo vulnerabilidades sociais e econômicas que afetaram tanto os usuários quanto os trabalhadores da saúde. A falta de suporte emocional adequado aos profissionais e a ausência de uma estratégia robusta de articulação intersetorial

foram desafios recorrentes. Isso reforça a necessidade de pensar políticas que promovam o bem-estar não apenas dos usuários, mas também dos trabalhadores, agendando seu papel essencial na manutenção dos serviços.

Com base nessas descobertas, conclui-se que, apesar das dificuldades enfrentadas, a experiência da pandemia trouxe lições importantes para o campo da saúde pública e do cuidado psicossocial. A pandemia destacou a relevância da saúde/saúde mental como um direito humano e revelou a necessidade de fortalecer políticas públicas mais inclusivas, que priorizem tanto a qualidade do atendimento quanto a valorização dos profissionais. O futuro do cuidado psicossocial no Brasil depende da capacidade de consolidar essas lições e de implementar políticas intersetoriais mais integradas e eficazes.

Assim, esta pesquisa contribui para uma reflexão crítica sobre os desafios e oportunidades do cuidado psicossocial em tempos de crise, apontando caminhos para a construção de um sistema de saúde mais humano e eficiente. A pandemia nos convida a transformar as vulnerabilidades em oportunidades de inovação, fortalecendo a centralidade do usuário e garantindo que todos, sem distinção, tenham acesso a um cuidado integral e qualificado.

Diante desse contexto, surge como produto final da pesquisa o projeto "Cuidando de Quem Cuida", uma proposta concreta para enfrentar essas dificuldades. O projeto oferece uma estratégia de acolhimento psicológico, garantindo um espaço seguro para que os servidores possam expressar seus sentimentos e receber orientações específicas. A parceria com o setor de Recursos Humanos e a busca ativa de profissionais afastados reforçam o compromisso de fornecer um cuidado integral e contínuo, não apenas reativo, mas preventivo.

Portanto, a ideia desse projeto surgiu como resposta aos resultados específicos da pesquisa, que revelaram o impacto emocional significativo da pandemia sobre os servidores públicos, incluindo sintomas como *burnout*, esgotamento mental e pensamentos suicidas. Diante dessas necessidades, propõe-se a implantação de um espaço de acolhimento e suporte psicossocial direcionado aos servidores do município de Paracuru, com foco na promoção da saúde mental e na melhoria da qualidade de vida desses profissionais.

O referido projeto traz como objetivo geral: oferecer acolhimento psicológico aos servidores da Prefeitura de Paracuru em sofrimento psíquico, fornecendo uma escuta em competências e empática para que possam expressar

suas emoções e elaborar estratégias de enfrentamento das dificuldades vivenciadas.

E como objetivos específicos: acompanhar servidores em licença médica ou afastamento, compreendendo os impactos desse período na saúde mental e no desempenho profissional; desenvolver ações de promoção e educação em saúde/saúde mental, com foco na prevenção do suicídio e na redução de riscos psicossociais; oferecer um serviço acessível de escuta e apoio emocional, com orientação para encaminhamentos adequados aos serviços da rede pública, como SUS e SUAS, conforme necessário.

A metodologia do projeto será baseada na estratégia de Acolhimento Psicológico, estruturado em até cinco reuniões individuais por servidor, fornecendo escuta comprometida com menor tempo de espera. O atendimento será agendado por psicólogos capacitados que, ao identificar a demanda, orientarão o servidor sobre possíveis encaminhamentos para serviços especializados, se necessário.

O projeto também envolverá a busca ativa de servidores em afastamento por meio de parceria com o setor de Recursos Humanos, garantindo que tenham acesso ao suporte adequado e possam enfrentar com mais segurança os desafios emocionais desse período. Além do atendimento presencial, o acompanhamento considerará as necessidades individuais dos participantes, promovendo a comunicação e a expressão emocional como ferramentas de enfrentamento.

Nesse sentido, o projeto “Cuidando de Quem Cuida” busca, assim, fortalecer a saúde mental dos servidores, contribuindo para a promoção do bem-estar pessoal e profissional, e garantindo que o cuidado com aqueles que trabalham na linha de frente seja uma prioridade institucional.

A implementação desse projeto se alinha aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizando a saúde mental como um direito essencial. Ao oferecer um serviço acessível de escuta e encaminhamento, o projeto se propõe a contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos servidores, fortalecendo sua capacidade de enfrentamento e resiliência.

Em suma, a presente pesquisa não apenas revelou os desafios impostos pela pandemia, mas também intenta propor uma solução prática e inovadora para cuidar de quem cuida. A partir das lições aprendidas, conclui-se que a promoção em saúde/saúde mental dos trabalhadores deve ser uma prioridade permanente, integrada às políticas públicas.

O sucesso do cuidado psicossocial depende de um sistema de saúde que

valorize o bem-estar de todos os envolvidos, tanto os profissionais quanto os usuários, e que promova práticas baseadas na escuta empática e no atendimento humanizado. A proposta do projeto “Cuidando de Quem Cuida” é um passo importante nessa direção, destacando a importância de um cuidado integral que vá além das demandas emergenciais e promova a sustentabilidade do sistema no longo prazo.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Marcelo Pellizzaro Dias. O Impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, 33(13), 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.13877>. Acesso: 19 out. 2021
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo.(Org.). A (clínica) e a reforma psiquiátrica: In: AMARANTE, Paulo (Coord.). **Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.
- AMARANTE, Paulo.Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual, diretrizes e estratégias. In: P. Amarante (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.p197-203
- ARAÚJO, F. M. B.; ALVES, E. M.; CRUZ, M. P. Algumas reflexões em torno dos conceitos de campo e de habitus na obra de Pierre Bourdieu. **Revista Perspectivas da Ciência e Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 31-40, jan./jun., 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). **Coronavírus nas favelas**: “É difícil falar sobre perigo quando há naturalização do risco de vida”. 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/coronavirus-nas-favelas-e-dificil-falarsobre-perigo-quando-ha-naturalizacao-do-risco-de-vida/46098/>. Acesso em: 30 out. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO; 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, jan. 2001.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** 2004; v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004..
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006a. p. 375-418.
- BAUER, Martin; GASKEL, George. **Entrevistas individuais e grupais**. In: Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2002. (p.64 a 89).
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 4ª edição, Portugal, Edições 70, Agosto, 2020.
- BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede:

tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, 2008.

BAUER, Martin; GASKEL, A. C. V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1):2411-2421, 2020.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BIRMAN, J. COSTA, Jurandir. F. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BITTENCOURT, P. J. S. **As pandemias na História**. 2020a. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/campi/erechim/noticias/artigo-as-pandemias-na-historia>. Acesso em: 30 out. 2022.

BITTENCOURT, P. J. S. Pandemia, isolamento social e colapso global. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 19, n. 221, p. 168-178, 2020b.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSI MLM, Uchimura KY. Avaliação da Qualidade ou Avaliação Qualitativa da Atenção? Elementos para uma demarcação conceitual. **Rev. Saúde Pública** 2007; 41(1):150-153. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática; 2003.

BOURDIEU, Pierre. **Compreender**. A miséria do mundo. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2008 (p. 693-713).

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico** Rio de Janeiro: Difel, 1989.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; DUARTE, Marco José de Oliveira. Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 920- 931, Sept. 2017.

BRASIL. Constituição da República. **Artigos 194, 196**. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: [www.senado.gov.br/bdtextual/const88/ Com.1988.br. pdf](http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/Com.1988.br.pdf).

BRASIL. Constituição da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 Set 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

BRASIL. Constituição da República. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: www.senado.gov.br/sf/legislacao/legisla/.

BRASIL. Constituição da República. **Lei Nº 10.216**, de 06 de abril de 2001 - Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria Nº 2.391**, de 26 de dezembro de 2002 - Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

BRASIL. Constituição da República. **Lei Nº 10.708**, de 31 de julho de 2003 - Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. Constituição da República. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial** – Raps – no Sistema Único de Saúde – SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Brasília – DF, 2022.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004.5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil**. 2. ed. Brasília, DF: MS; 2005. Disponível em: http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/caminhos.pdf.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental** (1992). Brasília: Coordenação de Saúde Mental/MS, 1992.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde; Conselho Nacional do Ministério Público. **Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes no SUS: Tecendo Redes para Garantir Direitos**. Brasília, DF: MS; 2014.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria de Consolidação Nº 3** - Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde, anexo V, dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília, DF.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria de Consolidação Nº 5** - Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo III, dispõe sobre os programas de desinstitucionalização em Saúde Mental. Brasília, DF.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria de Consolidação Nº 6** - Consolida as

normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, no Capítulo III, dispõe sobre o financiamento da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017** - Altera as Portarias de Consolidação Nº3 e Nº6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Constituição da República. **Portaria Nº 544, de 7 de maio de 2018** - Define diretrizes para o cadastro do novo porte de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas do Tipo IV (CAPS AD IV) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. Constituição da República. **Resolução Nº 8**, de 14 de agosto de 2019 - Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. Brasília, DF.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. SECOVID. Acesso: <https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/coronavirus/notas.informativas/2022>.

BRASIL. Constituição da República. **Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)**. Ministério da Saúde – MS; Secretaria de Atenção à Saúde – SAS; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – CGRA. Edição 2004/2005.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva/ Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília; 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencabasica.php>.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno de atenção básica 1. Brasília, 2000.

BRASIL. Constituição da República. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**.

Brasília, DF, 2006.

CAMARGO JUNIOR, K. R. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 70-186. CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de S.; DOMITTI, Ana. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007a.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2008b.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta. Tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CANGUILHEM, Georges. (2002) O problema das regulações no organismo e na sociedade. **In: Escritos sobre a Medicina**. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 71-88.

CANGUILHEM, Georges. (1990) A saúde: conceito vulgar e questão filosófica. **In: Escritos sobre a Medicina**. Tradução: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 35-49.

CANGUILHEM, Georges. (1994) O que é a psicologia? **In: Estudos de história e de filosofia das ciências concernentes aos vivos e à vida**. Tradução: A. Chiquieri. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012, p. 401-418.

CECILIO LCO, ANDREAZZA R, CARAPINHEIRO G, ARAÚJO EC, OLIVEIRA LA, ANDRADE MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc Saúde Coletiva** 2018; 17:2893-902.

CAMPOS, G. W. S. Romance de formação de um sanitarista : um estudo de caso. *In*: LIMA, N. T. et al (Org.) **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 121-150.

CECÍLIO, I. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-26.

CHAMPAGNE, P. et all. **Iniciação à Pesquisa Sociológica**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CAMARGO, K. R. A biomedicina. **Rev. Physis**. 2005; 15(supl):177-201.

CASULO AC, ALVES G, organizadores. **Precarização do trabalho e saúde mental**:

o Brasil da Era Neoliberal. Bauru: Projeto Editorial Praxis, 2018.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980. https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm#sobe.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – Brasil – <https://www.cff.org.br>.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – Paraná <https://crppr.org.br/>

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. **Panorama e diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

COHN. A. O SUS e o direito à saúde: Universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T. et al (Org.). **Saúde e democracia: história e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 385-405.

COHN. A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7): 1614-1619, jul. 2009.

CORDEIRO, H. **O Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

DALLA VECCHIA MD, Martins STF. **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações**. Interface (Botucatu) 2009; 13(28):151-164. DEBÓRD, G. A sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Revista Educar**, n. 24, 2004. Curitiba: Editora UFPR, 2004 (p. 213-225).

DRUCK, G., DUTRA, R. & SILVA, S. C. A contrarreforma neoliberal e a terceirização: a precarização como regra. **Cad. CRH**, 32 (86), 2019, p. 289-306.

ENGELHARDT HT JR. **Bioética Global: o colapso do consenso**. São Paulo: Paulinas, 2012.

ENGELKE, Rozi. O futuro do mercado de trabalho em face das novas tecnologias: uma análise do arcabouço jurídico de tutela no direito do trabalho brasileiro. **Revista da Escola Judicial do TRT4**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, jan./jul. 2020a. [no prelo]. Disponível em: <https://rejttr4.emnuvens.com.br/revistaejud4>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ESCOREL, S; NASCIMENTO, DR; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 59-81.

FARIA, T. W. **Dilemas e consensos**: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88-um estudo das micro-relações político institucionais entre saúde e previdência social no Brasil, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

FARO, A. *et al.* **COVID-19 e saúde mental**: a emergência do cuidado. Estudos de Psicologia (Campinas), 37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Acesso em: 20 out. 2021.

FERGUSON, N. M. *et al.* **Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand**. Imperial Ac Uk, 2020.

FLEURY, S.M. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997, 324p.

FLEURY, S.M. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): 743-752, 2009.

FOUCAULT M. **A história da loucura**. 5. ed. São Paulo (SP): Perspectiva, 1972.

FOUCAULT M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro (RJ): Edições Gerais, 1979.

FOUCAULT M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France, 1975-1976. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT M. Doença mental e psicologia. 1ª ed. **Edição Textos & Grafias**, 2008. Coleção: biblioteca universal. Tradução: Helder Viçoso. 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ); Fundação Calouste Gulbenkian. **Inovações e desafios em desinstitucionalização e atenção comunitária no Brasil**. Seminário Internacional de Saúde Mental: documento técnico final. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Fundação Calouste Gulbenkian, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações gerais** [Internet]. Brasília (DF); FIOCRUZ; 2020;
Available from: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/04/Sa%3badeMentaleAten%c3%a7%c3%a3oPsicossocialnaPandemia.Covid19.recomenda%c3%a7%c3%b5esgerais.pdf>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial** - Informações Gerais, 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **ObservatórioCovid-19/Fiocruz**, 2024. https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19_

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial** - Informações Gerais, 2020a. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/cartilha-saudemental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19>

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial** - Recomendações para Gestores, 2020b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemi-acovid-19-recomendacoes-para-gestores>.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020222, 2020.

GAGLIATO, M. **Guia Preliminar como lidar com os aspectos Psicossociais e de Saúde mental referente ao surto de COVID – 19**, 2020. Versão 1.5. Disponível em: [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC Interim Briefing Note on COVID-19 Outbreak Readiness and Response Operations - MHPSS %28Portuguese%29.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20Portuguese.pdf).

GERSCHMANN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, 263p.

GRAMSCI, A. **Cadernos do Cárcere**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1999.

GRYSCHKE, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015..

GERBALDO, Tiziana Bezerra *et al.* Avaliação da organização do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p. 1079- 1094, Dec. 2018.

GESI, C., CARMASSI, C., CERVERI, G., CARPITA, B., CREMONE, I. M., & DELL'OSSO, L. Complicated Grief: What to expect after the Coronavirus pandemic. **Frontiers in Psychiatry**, 11, 2020. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2020.00489>.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades para a administração. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOLBERSTEIN, E., WEN, H., & MILLER, B. F. A doença do corona vírus(COVID-19), Saúde para Crianças e Adolescentes. **JAMA pediatrics**, 174(9), 819–820, 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1456>.

GOLD MS, SEHAYEK D, GABRIELLI S, ZHANG X, MCCUSKER C, BEN-SHOSHAN M. COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. **Postgrad Med**, n. 132, pp. 749-55, 2020.

GOSTIN, L. O.; WILEY, L. F. Governmental Public Health Powers During the COVID-19 Pandemic: Stay-at-home Orders, Business Closures, and Travel Restrictions. **JAMA**, doi:10.1001/jama/2020.5460, 2020.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na atenção básica? **Ciência& Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3263, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-103255.pdf>. Acesso em:

8 mar. 2023.

HOCHMAN, G. et al. (org). **Política públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008, p. 303-325.

HORTON, R. Offline: COVID-19: a reckoning. **The Lancet**, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30669-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30669-3). Acesso em: 21 out. 2023.

HORTON, R. Offline. KAGEYAMA, A. **A trajetória da pobreza no Brasil 1992-2004**. Campinas: Instituto de Economia, 2006.

HORTON, R. Offline. A. S. **A percepção da qualidade na prestação de serviços públicos**. NITER. 2006. 113 f. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, 2006.

JORGE MR. Concepções populares e estigma relacionados às doenças mentais. **Nova Perspectiva Sistêmica**; agosto 2013; n. 46, p. 8-19.

JUNGES JR. Bioética: **hermenêutica e casuística**. São Paulo: Loyola, 2006.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Saúde em Debate, v. 170, 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2008, pp.615-34.

LEOPARDI, MT. Metodologia da pesquisa na saúde, 2. ed. **Rev. E atual**, Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LINK, B. G., & PHELAN, J. C. Conceituando o Estigma. **Revisão Anual de Sociologia**, n. 27, 2001, pp. 363 - 385.

LUPIEN, S. J. et al. Efeitos do estresse ao longo da vida no cérebro, comportamento e cognição. **Nature Reviews Neuroscience**, Londres, v. 10, n. 6, 2009, pp. 434-445.

MACHADO, D. B. *et al.* COVID-19 e saúde mental: potenciais impactos e estratégias de atenção psicossocial. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020.

MAFEI, R.; SANTOS, J. V.; MACHADO, E. **Denúncia com pedido de perda do cargo e de direitos políticos (impeachment)**, 2021. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/ex-ministro-saude-assina-pedido.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

MATTA C.G (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ / EPSJV, 2008.

MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim; BARBIERI, Carolina Luísa Alves; COUTO, Marcia Thereza. Covid-19 e seu impacto nos programas de imunização: reflexões a partir do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 114, p. 1-19, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/gGYQtGczJsHRQ6pPL4phGPSI?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 set. 2022.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, pp. 39-64.

MATTOS, M. P. *et al.* Educação permanente em saúde nos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa de literatura. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, pp. 1271-1293, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012724» <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012724>

MATTOS, M. P. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MELUCCI, Alberto. Por uma Sociologia Reflexiva: Pesquisa Qualitativa e Cultura. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007.

MENICUCCI, T. A. implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa Social. Teoria, Método e Criatividade**. 9ªed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

MINAYO, M. C. Pós-graduação em saúde coletiva: um projeto em construção. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 2, n. 1/2, pp. 53-71, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S; TEIXEIRA C F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1819 - 1829, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL). (2020b). **Saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: um guia para gestores** Fiocruz.

NATIVIDADE, M. S. *et al.* Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 9, pp. 3385-3392, 2020.

OLIVEIRA, W; PITTA, A; AMARANTE, P (Organizadores). **Direitos Humanos & Saúde Mental**. 1ª ed., São Paulo: Editora Hucitec, 2017.

OLIVEIRA, F. B; . **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB Universitária, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO). [S. l.: s. n.], janeiro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO). [S. l.: s. n.], 1946.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Histórico da Pandemia do Covid-19**, 2020. Disponível em:
<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemiacovid-19>. Acesso em: 23 mar.2022.

O. R. A. A. Covid-19 no Nordeste do Brasil: Entre o lockdown e o relaxamento das medidas de distanciamento social. **Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, vol. 26, nº. 4, Apr. 2021. Disponível em:
<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-nordeste-do-brasil-entre-o-lockdown-e-o-relaxamento-das-medidas-de-distanciamento-social/17913?id=17913>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Pública**, vol. 29, n. 10, 2013, pp. 1927- 1953.

PARKER, R. Intersecções entre estigma, preconceito e Discriminação. In: Monteiro, S. e Villella, W. (organizadores). **Estigma & Saúde**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. pp. 25-46.

PEREIRA, Luiz C. Bresser. **Construindo o Estado Republicano**. Rio de Janeiro. Fundação Getúlio Vargas, 2009.

PEREIRA, M. D. *et al.* **A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa**, 2020.

PINHEIRO, R. (Org). **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: Valores, saberes e práticas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IMS / UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R. (Org). **Gestão em redes: Práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PITTA, Ana M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

PARKER R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: Monteiro S, Villella W, organizadores. **Estigma e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, pp. 25-46.

PROPOSTA. **Jornal da Reforma sanitária**, n.1, p.5, mar. 1987a.

RODRIGUEZ NETO, E. **Saúde: Promessas e Limites da Constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

QUALLS, N. *et al.* Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza - **United States**, 2017. *MMWR Recomm and Rep*, vol. 66, n. 1, pp. 1-34, 2017.

SAMPAIO, José J. C; SANTOS, Antonio W. Dos. A experiência do centro de atenção psicossocial e o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica. In: PITTA, A. M. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2010.

SCLIAR, M. O pathos do sanitarista. **Saúde em Debate**, 24(55): 104-106, 2000.

SERPA, O. Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "o normal e o patológico" de Georges Canguilhem. **Psicologia Clínica**, vol. 15, n. 1, pp. 121-135, 2003.

SILVA, Raimunda et. al. (Org.) **Planejamento, Gestão e Avaliação nas Práticas de Saúde**. Fortaleza: Ed. UECE, 2015.

SILVA, M. V. de O. (2007). A clínica integral: o paradigma "psicossocial" como uma exigência da clínica das psicoses. **In-tensa. Ex-tensa**, 1(1), 40-41.

SIQUEIRA, S; HOLLANDA, E; MOTTA, J. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5, 2017, pp. 1397-406. DOI: 10.1590/1413-81232017225.33552016.

SOUSA, FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM, Quinderé PHD, Gondim LGF. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 21, n. 4, 2011, pp.1579- 159.

SOUZA, L. E. P. F.; BUSS, P. M. Desafios globais para o acesso equitativo à vacinação contra a COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, vol. 37, n. 9, 2021.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, pp. 20-45, jan./jun. 2009.

SPOSATI, Aldaíza *et al.*. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise. 9ª. ed., São Paulo: Cortez, 2007.

SPOSATI, Aldaíza. **A menina LOAS**: um processo de construção da assistência social. 3ª. ed.. São Paulo: Cortez, 2007. 42 p.

TEIXEIRA, S. M. & OLIVEIRA, J. de A. **A (Im) previdência social**; 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2007, pp. 91-113.

UJVARI, Stefan Cunha. A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microrganismos. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 45,

n.4212,2003.Disponívelem:<https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/rgGvn6hTHHdHddpwXHM.6mNF/?lang=pt#ModalArticles>, Acesso em:01 set. 2021.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

VIEIRA FS. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde:** que lições podem ser aprendidas? Brasília: Ipea, 2016.

WERNEK, G. L.; CARVALHO, P. M. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, vol. 36, n. 5, 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cobertura Sanitaria Universal**. 2021. Disponível em:
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage(uhc)). Acesso em: 29 mar. 2022.

WU, Peter E.; STYRA Rima; GOLD Wayne L. Mitigating. Os efeitos psicológicos da COVID19 nos profissionais de saúde. **CMAJ**, v, 192, n. 17, pp. 459-460, 2020. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/192/17/E459.full.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

YÚDICE, George A. **A conveniência da cultura:** usos da cultura na era global. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE ABORDAGEM PARA CONSTRUÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Profissão:

Sexo:

Estado Civil:

Filhos:

Email:

2. DADOS PROFISSIONAIS: Forma de Contratação

() Seleção Pública

() Concurso Público

() Empresa terceirizada

3. TEMPO DE SERVIÇO

() Menos de 6 meses

() De 1 a 5 anos

() De 6 a 10 anos

() Mais de 10 anos

4. FUNÇÃO EXERCIDA

- () Assistente Social
- () Coordenador de Equipe
- () Secretário de Saúde
- () Enfermeiro
- () Médico
- () Psicólogo
- () Terapeuta Ocupacional
- () Motorista
- () Educador social
- () Recepção
- () Técnico de enfermagem

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GESTORES

1. Fale sobre a sua trajetória profissional para chegar até aqui.
2. Como foi trabalhar durante a pandemia? cuidar de si mesmo e dos usuários?
3. Qual a sua opinião sobre Os cuidados Psicossociais no contexto da saúde?
4. Pra você quais os desafios que foram mais impactantes durante a pandemia nos cuidados psicossociais?
5. A partir de sua vivência e estudos, como você avalia a assistência e os cuidados psicossociais prestados pela Política Pública de saúde durante a pandemia?
6. Na sua concepção qual foi a maior potência e o maior desafio durante a pandemia?
7. Qual a maior dificuldade e a maior potência que você como profissional vê hoje na Política de Saúde?
8. Na sua concepção o que poderia melhorar nos cuidados psicossociais?
9. Considerando o momento atual e o que se tem desenvolvido na saúde, quais as perspectivas para os cuidados psicossociais?
10. Você quer fazer alguma consideração final

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “COVID-19 E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NOS DESAFIOS DO CUIDADO PSICOSSOCIAL”, que tem por objetivo geral avaliar os limites e as possibilidades do cuidado psicossocial segundo os profissionais e gestores da Política de Saúde vivenciados diante da COVID-19. As informações a serem utilizadas no projeto serão coletadas através da aplicação de entrevistas, em pessoas com idade a partir dos 20 anos, com dez perguntas abertas, com aplicação prevista em torno de 40 minutos, envolvendo dados de identificação do profissional e gestores de saúde, assim como dados referentes à Política Nacional de Saúde, tendo como eixo norteador as diretrizes do Sistema único de Saúde - SUS. As entrevistas serão gravadas caso haja consentimento de sua parte, objetivando maior segurança dos dados coletados. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo. As informações obtidas serão analisadas sigilosamente, não sendo divulgado em hipótese nenhuma a qualquer outro profissional da saúde. Os dados e informações coletados serão utilizados apenas para compor os resultados desta pesquisa, portanto sendo resguardado seu anonimato. O presente termo (TCLE) é confeccionado em duas vias, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com o sujeito da pesquisa. Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. A pesquisa propõe benefícios como a construção de conhecimento, gera a proposta de contribuir na discussão do cuidado psicossocial e suas possibilidades a partir do que foi vivenciado pelos profissionais no marco temporal da COVID 19, abrangendo algo que pouco tem sido explorado até o momento no âmbito acadêmico. Por esse motivo, acreditamos que fomentar ações e reflexões sobre o tema é uma potente forma não apenas de produzir novos conhecimentos para os envolvidos, mas também uma contribuição para o desenvolvimento do pensamento crítico e, por consequência, para novos debates e reflexões acadêmicas. Quanto aos riscos destacamos a emoção do tema, pois os entrevistados podem sentirem-se cansados, constrangidos, angustiados ou confusos e não conseguirem continuar a entrevista por tocarem em assuntos sensíveis que

ainda provoquem sofrimento. No final do estudo, ao analisarmos os dados colhidos, poderemos fornecer as possíveis conclusões do objeto investigado. O participante tem direito a ser mantido atualizado sobre os resultados do projeto. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, por meio do meio do celular 85999028252 (Esmar Ferreira).

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre a questão ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ que fica localizado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza-Ceará, fone: (85) 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se desejar concordar em participar deste estudo, solicitamos que assine o espaço abaixo.

Assinatura do profissional de saúde

Assinatura do Pesquisador Principal

Paracuru, ____ de _____ 2024.