



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

AMANDA PINHEIRO

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19:
IMPLICAÇÕES DA EMERGÊNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL NA PERSPECTIVA DE GESTORES E TRABALHADORES DE
FORTALEZA**

FORTALEZA

2024

AMANDA PINHEIRO

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19:
IMPLICAÇÕES DA EMERGÊNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE
MENTAL NA PERSPECTIVA DE GESTORES E TRABALHADORES DE
FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem E. Leitão Araújo.
Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo M. Amaral

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)

P718r Pinheiro, Amanda.
Rede de Atenção Psicossocial na pandemia de covid-19 : implicações da emergência sanitária na atenção à saúde mental na perspectiva de gestores e trabalhadores de Fortaleza / Amanda Pinheiro. – 2024.
167 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.

Orientação: Profa. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo .
Coorientação: Prof. Dr. Carlos Eduardo Menezes Amaral .

1. Serviços de saúde mental. 2. Atenção à saúde. 3. Pandemia por COVID-19. I. Título.

CDD 610

AMANDA PINHEIRO

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19: IMPLICAÇÕES
DA EMERGÊNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA
PERSPECTIVA DE GESTORES E TRABALHADORES DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Ambiente e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Carmem E. Leitão Araújo.
Coorientador: Prof. Dr. Carlos Eduardo M. Amaral

Aprovada em 24 de junho de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Carmem Emmanuely Leitão Araújo (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Carlos Eduardo Menezes Amaral (Coorientador)
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Prof. Dra. Kelen Gomes Ribeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
Universidade Federal do Ceará (UFC)

AGRADECIMENTOS

À Deus por propiciar que eu esteja nesse mundo, por me fornecer saúde para correr atrás dos meus sonhos, mesmo diante dos obstáculos e lutas. Por me conceder uma família tão amorosa e disposta a dar todo o apoio que preciso. Por me aproximar de pessoas incríveis e oportunidades relevantes para a minha vida pessoal e profissional.

Aos meus orientadores que me fizeram chegar até aqui com suas contribuições, apoio e confiança. À prof. Dra. Carmem, pelos incentivos e oportunidades no decorrer do mestrado, sempre buscando integrar seus orientados nas atividades e estimulando nosso crescimento acadêmico e pessoal. Ao prof. Dr. Cadu pelo diálogo atencioso e muito esclarecedor, obrigada por seu apoio durante todo o processo.

Aos membros da banca examinadora, prof. Dr. Paulo Quinderé e prof. Dra. Kelen Gomes, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com o aprimoramento dessa dissertação.

Ao corpo docente do PPGSP-UFC, com disciplinas, compartilhamento de experiências e disponibilidade para esclarecimentos que contribuíram para minha trajetória acadêmica.

Aos colegas do Observatório de Políticas Públicas de Saúde (OPP-Saúde) e Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) pelos encontros de compartilhamento de conhecimentos, experiências e reflexões relevantes para se pensar em um Sistema Único de Saúde mais potente e equânime.

Aos amigos que a PPGSP me presenteou, Lucía, Nicolas, Rômulo, João, Luana, entre outros, pelos trabalhos, disciplinas, viagens e compartilhamento de saberes e conversas informais, obrigada pela preocupação e apoio constante. Mas, principalmente, quero destacar o presente que foi minha amizade com Elizabeth, colega de profissão e companheira dos aperreios e conquistas, obrigada pelas conversas, risadas e lágrimas compartilhadas, seu apoio foi essencial.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de bolsa durante parte dos meus estudos que me propiciou segurança na trajetória da pesquisa.

Aos trabalhadores e gestores que participaram deste estudo, pela abertura de espaço e contribuição de suas experiências e vivências. Falar do cotidiano de trabalho na pandemia muitas vezes não foi fácil, espero colaborar com boas reflexões e proveitos com este trabalho.

À minha família, especialmente às minhas duas mães, Fátima e Iseuda, que nunca pouparam esforços para me garantir educação, por serem espaço de escuta e apoio em todos os momentos. Ao meu irmão querido, Bruno, sempre pronto a me apoiar em tudo nesta vida. Sem vocês não teria conquistado o que tenho hoje. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por terem vocês em minha vida.

Ao meu amado noivo, Adenilson, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo nas minhas ausências, pelo seu abraço e bom humor de todos os dias.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização desta dissertação, o meu afetuoso agradecimento.

RESUMO

A articulação entre os dispositivos da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE) são potencializadores do cuidado integral, contínuo e coordenado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A situação da pandemia por COVID-19 exigiu a reorganização dos serviços de saúde para o enfrentamento da doença, mas também da garantia de atendimento às outras demandas de saúde, tais como as necessidades de saúde mental da população. Esta pesquisa teve como objetivo compreender as implicações da pandemia de COVID-19 em serviços da RAPS de Fortaleza sob a ótica de gestores e trabalhadores. O estudo teve abordagem qualitativa da pesquisa em saúde. O cenário de pesquisa foi uma regional do município de Fortaleza, cidade considerada uma das principais portas de entrada para a Covid-19 no Brasil. A pesquisa de campo foi realizada em duas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral), onde 26 entrevistas semiestruturadas foram realizadas com trabalhadores da assistência e gestores do âmbito municipal, regional e de serviços. A análise de documentos foi utilizada como técnica de produção de dados complementar, analisando normas e recomendações públicas nacionais, estaduais e municipais para organização da APS e AE na RAPS no contexto da pandemia de COVID-19, entre março de 2020 a março de 2022. Para a análise, foi adotada a perspectiva hermenêutica-dialética como método de explicação da realidade. Os resultados foram organizados em: desafios da RAPS antecedentes à pandemia de Covid-19; implicações na atenção psicossocial em serviços de saúde mental territoriais durante a pandemia de Covid-19; desafios da RAPS na pandemia de Covid-19 e caminhos apontados para a reestruturação da rede no pós-pandemia. Desafios prévios da rede se agravaram no contexto de crise sanitária, inexistindo estratégias coordenadas eficazes para indicar o papel dos serviços de saúde mental durante a pandemia e/ou estimular uma atenção psicossocial. A centralidade na Covid-19 promoveu fragilização na continuidade do cuidado em saúde mental, acolhimento e atendimento à crise e novos usos de ferramentas remotas. A conjuntura indicou desatenção à política de saúde mental, gerando tensões acerca das prioridades dos serviços e desarticulação da rede. Para o pós-pandemia, mecanismos se tornam necessários ao fortalecimento da relação entre os dispositivos e do modelo de atenção psicossocial. A crise provocada pela pandemia de Covid-19 representou uma atualização da conjuntura de crises políticas e sanitárias já existentes, apontando a necessidade de incluir a saúde mental nos planos de contingência em situações de emergência, garantindo o suporte à população e aos trabalhadores da saúde, bem como articulação entre a rede de saúde e desta com outras políticas e setores voltados ao atendimento integral às necessidades e corresponsabilidade no cuidado. Assim, defende-se uma reconstrução da atenção psicossocial como modelo de investimento da gestão e das práticas dos trabalhadores, com a problematização do modelo manicomial que ainda permeia políticas, serviços e práticas.

Palavras-chave: Serviços de saúde mental; Atenção à saúde; Pandemia por COVID-19.

ABSTRACT

The articulation between Primary Health Care (PHC) and Specialized Care (SC) devices enhances comprehensive, continuous, and coordinated care within the Psychosocial Care Network. The COVID-19 pandemic required the reorganization of health services to address the disease and ensure the continued provision of other health services, including mental health needs. This research aimed to understand the implications of the COVID-19 pandemic on Psychosocial Care Network services in Fortaleza from the perspective of managers and workers. The study used a qualitative health research approach. The research setting was a region in the city of Fortaleza, one of the main entry points for COVID-19 in Brazil. Field research was conducted in two Primary Health Care Units and one Psychosocial Care Center, where 26 semi-structured interviews were conducted with care workers and managers at municipal, regional, and service levels. Document analysis was used as a complementary data production technique, analyzing national, state, and municipal public norms and recommendations for organizing PHC and SC in RAPS during the COVID-19 pandemic, from March 2020 to March 2022. For the analysis, the hermeneutic-dialectic perspective was adopted as a method for explaining reality. The results were organized into: challenges faced by Psychosocial Care Network before the COVID-19 pandemic; implications for psychosocial care in territorial mental health services during the COVID-19 pandemic; challenges for RAPS during the COVID-19 pandemic; and pathways indicated for restructuring the network in the post-pandemic period. Pre-existing challenges in the network worsened during the health crisis, with no effective coordinated strategies to define the role of mental health services during the pandemic and/or promote psychosocial care. The focus on COVID-19 weakened the continuity of mental health care, crisis reception, and the use of new remote tools. The situation highlighted neglect of mental health policy, generating tensions regarding service priorities and network disarticulation. For the post-pandemic period, stakeholders indicated necessary mechanisms to strengthen the relationship between devices and the psychosocial care model. The crisis caused by the COVID-19 pandemic represented an update of pre-existing political and health crises, pointing to the need to include mental health in contingency plans for emergency situations, ensuring support for the population and health workers, as well as the articulation between the health network and other policies and sectors aimed at comprehensive care needs and shared responsibility in care. Thus, a reconstruction of psychosocial care is advocated as an investment model for management and worker practices, challenging the asylum model that still permeates policies, services, and practices.

Keywords: Mental health services; Health care; COVID-19 pandemic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Incidência de casos de COVID-19 em Fortaleza por Secretaria Regional, de 2020 a 2022	49
Figura 2	Evolução da taxa de mortalidade em Fortaleza, segundo Secretaria Regional, de 2020 a 2022	49
Figura 3	Fluxograma analisador da perspectiva hermenêutica-dialética	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Documentos nacionais orientadores da RAPS no contexto da pandemia de Covid-19	52
Quadro 2	Documentos estaduais orientadores da RAPS no contexto da pandemia pela Covid-19	54
Quadro 3	Documentos municipais orientadores da RAPS no contexto da pandemia pela Covid-19	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
ADS	Área Descentralizadas de Saúde
AE	Atenção Especializada em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COEPP	Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CORES	Coordenadorias Regionais de Saúde
CT	Comunidades Terapêuticas
EAP	Estratégia de Atenção Psicossocial
eCR	Equipes de Consultório de Rua
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família

ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EMESM	Equipe Multiprofissional Especializada em Saúde Mental
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
HG	Hospital Geral
HP	Hospital Psiquiátrico
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SR	Secretarias Regionais
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PPHM	Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de pronto atendimento
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral	21
2.2	Objetivos Específicos	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO	22
3.1	Política de saúde mental no Brasil e no Ceará: modelo de atenção psicossocial e expansão de serviços comunitários	22
3.1.1	<i>Crítica ao paradigma asilar e a defesa do modelo de atenção psicossocial no Brasil</i>	22
3.1.2	<i>Expansão de serviços psicossociais e tensionamentos da política de saúde mental no Brasil e no Ceará</i>	26
3.2	A Rede de Atenção Psicossocial como rede temática da Rede de Atenção à Saúde	32
3.2.1	<i>Definição e dimensões da Rede de Atenção à Saúde</i>	32
3.2.2	<i>Rede de Atenção Psicossocial: coordenação do cuidado a partir de serviços comunitários</i>	36
3.3	Emergência em saúde pública pela Covid-19: impactos na saúde mental em tempos de pandemia	40
4	METODOLOGIA	47
4.1	Desenho do Estudo	47
4.2	Métodos e procedimentos para construção das informações	48
4.2.1	<i>Campo da pesquisa</i>	48
4.2.2	<i>Instrumentos e participantes da pesquisa</i>	51
4.3	Análise, organização e apresentação das informações	56
4.4	Considerações éticas	59
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1	Desafios da RAPS anteriores a pandemia de Covid-19	60
5.2	Implicações na atenção psicossocial em serviços de saúde mental territoriais com a pandemia de Covid-19	69
5.2.1	<i>Atenção à saúde mental na APS como linha de frente no combate à covid-19.</i>	69
5.2.1.1	<i>Orientações para assistência em saúde mental na APS durante a pandemia</i>	70

5.2.1.2	<i>Desafios da APS para a continuidade do cuidado em tempos de pandemia</i>	75
5.2.1.3	<i>Estratégias da atenção em saúde mental na APS durante a pandemia</i>	83
5.2.2	<i>Atenção especializada em saúde mental na pandemia de Covid-19: o CAPS Geral como serviço essencial em contingência</i>	91
5.2.2.1	<i>Orientações para assistência em saúde mental no CAPS Geral durante a pandemia</i>	91
5.2.2.2	<i>Acolhimento em saúde mental no CAPS Geral na pandemia</i>	99
5.2.2.3	<i>Atendimento a demanda de Covid-19 no CAPS Geral na pandemia</i>	106
5.2.2.4	<i>Uso de ferramentas remotas para atenção em saúde mental no CAPS Geral na pandemia</i>	108
5.3	Desafios da RAPS na pandemia de Covid-19 e caminhos apontados para a reestruturação da rede no pós-pandemia	112
5.3.1	<i>Aspectos da [des]articulação da RAPS na pandemia</i>	112
5.3.2	<i>RAPS no cenário pós-pandemia</i>	119
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
	REFERÊNCIAS	136
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA RAPS	158
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA RAPS	159
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	160
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	163

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde mental no Brasil passou por importantes mudanças a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), com a proposta de substituição do modelo psiquiátrico manicomial, baseado no isolamento, exclusão e estigma de pessoas com sofrimentos e transtornos mentais, por uma proposta de atenção psicossocial, de base comunitária e focada no cuidado interdisciplinar.

A implementação de serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos se iniciou na década de 1990. Neste período, várias iniciativas e experiências locais de serviços alternativos se somaram para buscar garantir o modelo de atenção psicossocial. A partir da iniciativa de legislações estaduais de saúde mental, aprovadas anos antes da lei nacional, foi possível fortalecer movimentos subnacionais favoráveis à Reforma Psiquiátrica.

Nos anos 2000, por sua vez, a aprovação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ratificou a perspectiva de garantir, por meio da ação do Estado, um cuidado humanizado, sem discriminação, prioritariamente em serviços comunitários, com a internação psiquiátrica sendo a última opção para o tratamento de pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2001). Isso permitiu um direcionamento nacional da atenção psicossocial como modelo de assistência em saúde mental, permitindo a expansão de serviços comunitários em todo o país.

Após a expansão da proposta de organização da assistência em saúde nos anos 2000, operacionalizada por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), a ideia de estabelecer Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) foi ratificada pela Portaria 3088/2011. Essa norma assinalou a intenção de oferecer e fortalecer a atenção em saúde mental, por meio de uma rede ampliada e articulada de serviços do Sistema único de Saúde (SUS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b). Neste cenário, o bom funcionamento de uma RAS implica em trabalho compartilhado entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE) na garantia de um cuidado integral, contínuo e coordenado (Castro; Campos; Fernandes, 2021).

Ademais, o decreto 7508/2011 destacou os serviços de atenção primária e de atenção psicossocial como portas de entrada do SUS, fazendo complemento com a rede regionalizada e hierarquizada de saúde. A APS, também chamada de Atenção Básica (AB), representa um ponto de atenção que promove prevenção, promoção e reabilitação em saúde em uma perspectiva territorial, resolutiva das principais demandas de saúde (inclusive, de

sofrimentos e transtornos mentais), coordenadora do cuidado e ordenadora do fluxo dos usuários com outros pontos de atenção da RAS (Brasil, 2013). Quando consideramos a AE em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços abertos, comunitários e estratégicos, implantados na perspectiva de substituição de serviços manicomiais, com uma lógica interdisciplinar e intersetorial, para atendimento de problemas de saúde mental graves, severos e persistentes (incluindo, o uso abusivo de substâncias psicoativas) que para sua implantação referem diferentes modalidades de serviços, seguindo critérios populacionais e acesso ao público adulto e infante juvenil (Brasil, 2015).

Logo após normativas que regulamentam a RAPS, uma política de financiamento foi estabelecida para priorizar ações extra hospitalares e com base territorial e comunitária, com forte tendência à interiorização da assistência em municípios de médio e pequeno porte, participação da APS no cuidado continuado e expansão de serviços psicossociais pelas regiões do país (Macedo *et al*, 2017; Lima; Guimarães, 2019ab; Dimenstein *et al*, 2018; Fernandes *et al*, 2020), ocorrendo uma ampliação da quantidade de CAPS ao longo do tempo¹.

Ademais, pesquisas apontam que ainda existe pouca oferta de serviços comunitários que atendem 24 horas por dia, de modo a reduzir a capacidade de atenção às situações de crise (Lima; Guimarães, 2019b), além de críticas à fragmentação entre serviços de atenção básica e especializados (Macedo *et al.*, 2017, Lima; Guimarães, 2019a; Dimenstein *et al*, 2018; Castro; Campos; Fernandes, 2021). Também se percebem poucas estratégias intersetoriais; dificuldade da continuidade do cuidado em território; precarização de vínculos trabalhistas; ausência de monitoramento e avaliação da RAPS e da política de saúde mental (Lima; Guimarães, 2019a).

As preocupações em relação aos obstáculos à RAPS se ampliaram com as mudanças na política de saúde mental, iniciadas a partir de 2016. Para alguns autores, os retrocessos instituídos, desde então, geraram algumas rupturas preocupantes. Para se ter uma ideia, entre 2015 a 2020, houve um hiato na transparência de dados oficiais sobre a política de saúde mental no Brasil (Amarante; Nunes, 2018; Weber, 2021). A partir do “Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01 (2007-2020)”, evidencia-se que apesar da permanência do crescimento absoluto em número de CAPS no país, existe uma fragilização da rede, com a diminuição na velocidade de implantação de CAPS, a partir de 2016². Os recursos federais

¹ O aumento na taxa de cobertura de CAPS, por 100 mil habitantes, passou de 0,21 em 2002, considerada insuficiente ou crítica, para uma boa cobertura em 2014, medida por 0,86 serviços por habitantes. Esse crescimento se deu em todos os estados do Brasil, principalmente nas regiões Nordeste e Sul. Com uma taxa anual de crescimento relativamente estável, o número de CAPS foi elevado para 2.209 serviços em 2014. (Ministério da Saúde, 2015).

² O menor número de habilitação de CAPS foi registrado em 2018 (WEBER, 2021).

totais destinados à Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas caíram 15% de 2015 para 2016. Além disso, houve o aumento de financiamento regular de recursos públicos federais para equipamentos públicos desvinculados à lógica de atenção psicossocial, como as Comunidades Terapêuticas, denunciadas constantemente por violações de direitos e tendo o isolamento como eixo central no “tratamento” e a inclusão do hospital psiquiátrico entre os dispositivos da RAPS, com aumento/investimento em diárias de leitos em hospitais psiquiátricos. Bem como, a mudança de financiamento da APS, com a Portaria GM 2.979/2019 do Ministério da Saúde, que desresponsabilizou o Governo Federal com o custeio de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), transferindo a responsabilidade para gestores locais com serviços relevantes para promoção de saúde mental na APS e trazendo a possibilidade de um impacto negativo na expansão desses serviços (Weber, 2021).

Nesse sentido, o contexto, a partir de 2016, é considerado de contrarreforma da política nacional de saúde mental, a partir do incentivo ao retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico e ampliação, financiamento e legitimação de Comunidades Terapêuticas, instituindo uma “nova política de saúde mental” (Silva, 2019). E dando continuidade, a partir de 2019, a “tendência remanicomializadora” (Pereira, 2019, p.82) de que nenhum serviço substitui outro, criticando a efetividade do modelo de cuidado comunitário e repudiando o fechamento de hospitais psiquiátricos (Pitta; Guljor, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

O Ceará é um dos estados pioneiros na implantação de serviços psicossociais abertos e comunitários (Sampaio *et al*, 2011), na utilização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de organização da assistência em saúde (Mendes, 2007; Goya *et al*, 2016) e na municipalização da saúde, principalmente no tocante à atenção básica (AB), que possui papel estratégico na coordenação do cuidado na RAS (Filho *et al*, 2018). Oito anos antes de uma legislação de saúde mental nacional, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos já era proposta no território cearense, além do estabelecimento de mecanismos de controle de internações psiquiátricas, por meio da Lei Mário Mamede, lei estadual nº 12.151, de 29 de julho de 1993, que regulamentou a política de saúde mental no Ceará.

Entretanto, a expansão de serviços comunitários no Ceará se deu, inicialmente, do interior para a capital. Fortaleza conviveu com a dificuldade de fechar hospitais psiquiátricos pela grande maioria deles está concentrado na capital (Sampaio; Filho, 2015; Santos, 2018). A transição do modelo asilar para o psicossocial não extinguiu aquele por completo, podendo conviver de maneira contraditória e correndo o risco de permanecer com pressupostos

manicomiais em serviços considerados substitutivos (Quinderé *et al.*, 2010; Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016).

De um modo geral, houve uma expansão e diversidade importante de serviços comunitários que compõem a RAPS da capital, porém muitas vezes não acompanhada de mecanismos de articulação e regulação entre eles. Em outras palavras, permanecem problemas que dificultam a garantia da efetividade dos encaminhamentos, comunicação entre estabelecimentos de saúde de saúde mental e descontinuidade do cuidado, principalmente entre atenção básica e especializada (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016). Também se observa a diminuição dos gastos e dos leitos de internação psiquiátrica em hospitais, mas com a permanência do hospital psiquiátrico como referência para atendimento à crise em Fortaleza (Fernandes; Lima; Oliveira, 2019).

Em adição aos desafios persistentes de instituir redes de atenção efetivas para atender às necessidades de saúde mental da população, a situação de emergência sanitária imposta pela pandemia por Covid-19, doença infecciosa e de alto risco mundial, exigiu a reorganização dos serviços de saúde para o enfrentamento da doença, mas também da garantia de atendimento às outras demandas de saúde.

Com a pandemia, os impactos na saúde mental tornaram-se uma preocupação mundial. De fato, estudos apontaram o medo da infecção e da morte, a veiculação de notícias falsas, escassez de recursos e dos serviços de saúde, óbitos ou afastamento de familiares ou amigos, restrição de deslocamento, fechamento de escolas, impactos socioeconômicos, dentre outros, como fatores que contribuíram para o desdobramento do sofrimento mental e piora nos quadros de transtornos mentais (Schmidt *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2020). O contexto pandêmico atingiu todos os países e representou um aumento relevante do estresse, ansiedade, tristeza, angústia e medo, com o risco de aumento de uma variedade de fatores mentais, neurológicos, psicológicos e transtornos por uso de substâncias (OPAS, 2021; Tauch *et al.*, 2022).

A saúde mental foi apontada na literatura como uma das problemáticas relevantes para se pensar no contexto de crise sanitária, juntamente com as medidas de prevenção e tratamento da Covid-19, mas também no contexto pós-pandêmico, dada as consequências de médio e longo prazo (Machado *et al.*, 2020; Schmidt *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020). Mas é comum que profissionais de saúde, gestores e cientistas dirijam maiores esforços ao combate do patógeno e do risco biológico, onde as repercussões psicológicas e psiquiátricas secundárias deste fenômeno podem não ser consideradas inicialmente. Porém, isso pode causar ou agravar problemas de saúde mental na população (Ornell *et al.*, 2020).

Algumas orientações propuseram que os serviços de saúde deveriam fornecer orientações e garantir suporte psicossocial à população no contexto pandêmico. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), por exemplo, apontou que os sistemas de saúde deveriam se preparar com equipes de saúde qualificadas e garantir a manutenção dos medicamentos de uso contínuo e essenciais para a população que já fazia acompanhamento de saúde e para os novos afetados pela situação de sofrimento mental (OPAS, 2020). Em complemento, o documento “Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19” acentuou que gestores deveriam adotar um plano de cuidado amplo, com níveis de apoio integrados, desde ações que impactam amplamente a população, serviços sociais básicos e segurança, fortalecimento comunitário e familiar, apoio na atenção básica à saúde e emergencial, bem como, de atenção em saúde mental em serviços especializados (Noal; Passos; Freitas, 2020).

O Brasil percorreu a pandemia em meio a uma crise político-institucional de grandes proporções, onde a União e unidades subnacionais encontram-se em confronto direto, disputando as responsabilidades entre os entes federados por um modelo de enfrentamento à crise em saúde pública, além de tensionamentos de informações sobre o real perigo do vírus (Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020; Oliveira; Fernandez, 2020; Censon; Barcelos, 2020). A saúde mental não fez parte do Plano de Contingência Nacional para Covid-19 (Delben *et al.*, 2020). O investimento em saúde durante a pandemia foi direcionado ao tratamento da Covid-19, principalmente no âmbito da urgência e emergência e hospitalar, diminuindo o investimento em outros pontos de atenção das redes de saúde (Cabral, 2022). Isso pode ter colaborado com maiores desafios a atenção psicossocial, adicionada ao retrocesso enfrentado pela política de saúde mental nos últimos anos.

Na literatura, ainda são escassas pesquisas sobre as respostas produzidas no campo da saúde mental no contexto pandêmico, especialmente pelas equipes vinculadas à RAPS (Dimenstein; Simoni; Londero, 2020). Não foram identificados estudos e informações pertinentes às repercussões na atenção psicossocial oferecida pela RAPS de Fortaleza com a pandemia de Covid-19, considerada uma das principais portas de entrada para a doença no Brasil (Albuquerque; Ribeiro, 2020). Além disso, a partir do relatório do Monitoramento da Política Pública de Saúde Mental em Fortaleza (CEDECA, 2021), aponta-se desfinanciamento da Política de Saúde Mental no cenário nacional que impacta diretamente no contexto municipal, destacando a já existente insuficiência de ações e serviços de atenção psicossocial para a demanda apresentada e agravada com a pandemia de COVID-19. Além disso, o relatório complementa que no Projeto de Lei Plurianual 2022-2025 (PPA) da capital, identificou-se uma

diminuição no orçamento nos últimos anos para implantação de novos equipamentos, com a diminuição de 80,71% do orçamento destinado à ação de implantação da Rede Psicossocial, passando dos anteriores R\$31,1 milhões para R\$6 milhões, um corte de R\$ 25,1 milhões para os próximos quatro anos.

Assim, uma questão nos inquietou: como serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza enfrentaram a pandemia de COVID-19 e quais as repercussões para a atenção à saúde mental? Precisamente, em serviços de base territorial que são essenciais para a garantia de uma atenção psicossocial nos níveis de atenção primária à saúde e especializada em saúde mental, respectivamente, Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Geral).

Portanto, a pesquisa pode contribuir com reflexões sobre o atual cenário da política de saúde mental à nível municipal, com desafios e possibilidades de organização da atenção psicossocial em um contexto de retrocesso da política nacional de saúde mental e de emergência em saúde pública, a partir dos significados, preocupações e questões atribuídas por atores relevantes que constroem e efetivam a RAPS.

2. OBJETIVOS:

2.1 - Objetivo Geral:

Compreender as implicações da pandemia de Covid-19 em serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza sob a ótica de gestores e trabalhadores.

2.2 - Objetivos específicos:

- Conhecer as repercussões da pandemia de Covid-19 na atenção à saúde mental;
- Descrever as mudanças e estratégias estabelecidas em serviços de atenção primária à saúde e especializados para o cuidado em saúde mental no contexto da pandemia por Covid-19;
- Identificar a articulação entre serviços da RAPS neste contexto.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo traz o referencial teórico com temas que apoiam este trabalho. Na primeira parte apresentamos a crítica ao paradigma asilar e a defesa do modelo de atenção psicossocial, bem como, a política de saúde mental no Brasil e no Ceará, descrevendo a expansão de serviços psicossociais com tensionamentos permanentes, marcadas ora com avanços e retrocessos.

Em seguida, abordamos a Rede de Atenção Psicossocial como uma rede temática das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentando a definição e dimensões relevantes, particularmente a composição e diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com destaque para a atenção básica e especializada como importantes articuladoras do cuidado à saúde mental em rede e no território.

Por fim, abordamos a política de saúde mental em um contexto de emergência em saúde pública causada pela pandemia de Covid-19, onde são apresentadas discussões sobre os impactos desse contexto na saúde mental da população e novas exigências colocadas para os serviços que promovem atenção em saúde mental.

3.1 Política de saúde mental no Brasil e no Ceará: modelo de atenção psicossocial e expansão de serviços comunitários.

3.1.1 Crítica ao paradigma asilar e a defesa do modelo de atenção psicossocial no Brasil.

A saúde mental é um campo complexo ou área de conhecimento e de atuação no âmbito das políticas públicas de saúde que não se baseia em apenas um tipo de conhecimento e nem é exercida unicamente por um só profissional, portanto, é interdisciplinar e intersetorial. Não deve ser resumida ao estudo de transtornos mentais, mas em uma complexa rede de saberes, de diferentes disciplinas, com variáveis ideológicas, políticas, sociais e culturais. É polissêmica e plural a partir do reflexo das condições mentais de indivíduos e coletividades (Lancetti; Amarante, 2006; Amarante, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é compreendida como componente integral e essencial de saúde, por isso, espera-se que os países tenham a responsabilidade de melhorar a saúde mental dos indivíduos e da sociedade em geral, incluindo a promoção do bem-estar mental, a prevenção de transtornos mentais, a proteção dos direitos humanos e o cuidado das pessoas afetadas por transtornos mentais (WHO, 2019). Sendo algo

essencial para o bem-estar das pessoas exige-se um cuidado longitudinal e que, inclusive, deve ser considerado diante das situações de agravos à saúde.

As compreensões sobre saúde mental, bem como, a forma de intervenção e cuidado em saúde se modificou com o tempo e contexto histórico. O modelo de intervenções em saúde às pessoas acometidas de transtornos mentais, por muito tempo, esteve centrado no tratamento hospitalar, no enclausuramento/isolamento daqueles considerados perigosos, na medicalização da loucura, na centralidade de intervenções médicas, para dar lugar, a partir da década de 1970, a crítica ao modelo manicomial e a defesa da criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, de base comunitária, buscando cuidado em liberdade e mais próximo de aspectos sociais das pessoas.

Costa-Rosa (2000, 2013), apresentou a contradição no campo da saúde mental entre o modo asilar e o modo psicossocial, defendendo a substituição do Modo Asilar ou Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) pela alternativa da Estratégia de Atenção Psicossocial (EAP), a partir da definição de componentes do paradigma de práticas em saúde mental, das dimensões da Reforma Psiquiátrica Brasileira, princípios e diretrizes do SUS, integralidade e território e matriciamento de ações de atenção à saúde mental.

Os componentes dos paradigmas de práticas em saúde mental contemplam:

- a) **Objetos e meios de produção:** definindo no modo asilar a centralidade na doença e na atuação médico-centrada, apesar de ter um equipe multidisciplinar que serve apenas de parte acessória e atuação fragmentada, com medicalização, hospitalização e objetificação do indivíduo. Já no modo psicossocial são considerados determinantes políticos, biopsicossociais e culturais, defendendo a participação ativa do sujeito no tratamento e trabalho com a família e comunidade. A equipe é interprofissional, que busca a superação da estratificação do saber, propondo o intercâmbio de práticas e conhecimentos e criando meios para além da medicação (dispositivos de reintegração social).
- b) **Formas de organização institucional:** o modelo asilar se organiza de maneira piramidal, vertical, com relações de poder bem definidas, onde o público atendido tem restrição do espaço e papel passivo no processo. Já no modelo psicossocial, a organização é feita de forma horizontal, com os poderes compartilhados entre trabalhadores e usuários, onde estes possuem papel ativo na tomada de decisões.
- c) **Formas de relacionamento com a clientela:** no modo asilar predomina-se a dicotomia entre loucos e sãos, sabedoria e ignorância, tendo a instituição hospitalar como local de tratamento, cura e afastamento do convívio social, sem abertura de diálogo com o

público atendido. Já no modo psicossocial, as instituições propostas como alternativas ao hospital psiquiátrico, promovem um espaço de diálogo com seus usuários através de seus agentes de cuidado e funcionamento de maneira integrada, tanto no território, como nas práticas terapêuticas.

- d) Efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: aponta-se que no modo asilar, o tratamento leva à cronificação, em busca de remover os sintomas de adoecimento psíquico, objetivando a adaptação/tratamento moral do indivíduo. Já no modo psicossocial, não têm-se a eliminação dos sintomas como objetivo final, mas a preocupação com a singularização do sujeito, de sua inserção na sociedade a partir das dimensões subjetiva e sociocultural.

A Reforma Psiquiátrica defendida no Brasil, a partir dos anos de 1970, representou a crítica ao paradigma científico e a ruptura com o modo psiquiátrico de entender a loucura (Yasui, 2010). O Brasil seguiu a tendência internacional, principalmente com influência italiana, a Psiquiatria Democrática Italiana destaca que para além da estrutura física do hospital psiquiátrico, também deve ser superado o conjunto de práticas e saberes sociais, científicos, culturais e jurídicos que amparam o isolamento, segregação social e adoecimento dos indivíduos, com a noção de desinstitucionalização. Para isso, a criação de serviços substitutivos ao manicômio, com práticas de inclusão social de egressos de internações de longa duração e com tratamento próximo do território, seriam mudanças relevantes para transformação da assistência e melhoria na qualidade de vida das pessoas (Amarante, 2007, 2020).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) passa a representar uma organização política e processo social complexo formado por vários atores sociais (estudantes, profissionais, usuários e movimentos sociais), que defende a transformação do lugar social da pessoa com transtorno mental (Amarante, 2020). Algo é salutar: a RPB surgiu no mesmo contexto do movimento pela transformação da assistência à saúde no Brasil, que instituiu movimentos favoráveis à Reforma Sanitária Brasileira. A defesa de uma perspectiva ampla da saúde, associada à democracia, conseguiu uma ruptura importante com padrões políticos e assistenciais do setor, quando instituiu na Constituição Federal de 1988, destacando a saúde como direito de todos e dever do Estado, culminando na criação de um Sistema Único de Saúde (SUS).

A Reforma Psiquiátrica, da mesma forma, politizou a questão da saúde mental, tida como processo político de transformação social e lugar de disputas e conflitos que promoveu

uma ruptura paradigmática, que se concretiza no cotidiano dos novos serviços e que afeta profissionais e operadores que produzem novas práticas (Yasui, 2010).

Tal como o sofrimento psíquico no modelo de atenção psicossocial estava sendo apresentado como complexo (Costa-Rosa, 2000, 2013), o movimento da RPB é considerado um processo social complexo, que envolve transformações nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A dimensão teórico-conceitual envolve a crítica a todo o saber psiquiátrico tradicional da alienação mental, doença mental, do tratamento centrado no hospital e das relações de poder entre os técnicos da saúde, os usuários e toda a sociedade, buscando um cuidado psicossocial; a dimensão técnico-assistencial compreende a criação de serviços/dispositivos psicossociais que se integram numa rede territorial de atenção para atender as necessidades das pessoas, com intervenções que não se limitam a doença; a dimensão jurídico-política impulsiona a expansão de legislação da política de saúde mental no país, com o reconhecimento do usuário como cidadão e sujeito de direitos, controle de internações psiquiátricas e questionamento da visão de incapacidade e periculosidade atribuída historicamente a pessoas com transtornos mentais; por fim, a dimensão sociocultural implica a transformação do lugar social da loucura no imaginário social, repleta de preconceitos e estigma, através do estímulo à participação social, política e de atividades artístico-culturais de todos os atores sociais envolvidos no processo e iniciativas de trabalho e geração de renda (Amarante, 2020).

O modelo psicossocial colocado como alternativa pelos atores da RPB também amplia o conceito de saúde. Nele o objeto de intervenção focado na doença se desloca para o sujeito em sofrimento psíquico, inserido em um contexto histórico, político e social (Quinderé *et al*, 2010; Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016; Oliveira, 2021). Portanto, este modelo passou a ser defendido no contexto de implementação do SUS, fazendo uma clara contraposição ao modelo asilar (Costa-Rosa, 2000), considerando o sujeito desejante e ativo como ferramenta para o cuidado, considerando o contexto familiar, comunitário e a rede social, pensando na autonomia do sujeito dentro de uma complexa realidade brasileira de crescente privatização do público e desigualdade social da população (Martins, 2017).

Apesar dos avanços na implantação do modelo de atenção psicossocial no Brasil, a política nacional de saúde mental trava uma luta, nos últimos vinte anos, para implantar ações propostas pela RPB, tensionada por diferentes atores contrários e a favor do modelo de atenção psicossocial, onde têm-se como reflexo o processo de implementação da RPB ora com avanços e ora com retrocessos no Brasil.

3.1.2 - Expansão de serviços psicossociais e tensionamentos da política de saúde mental no Brasil e no Ceará.

As primeiras experiências de serviços de atenção psicossocial e comunitários no Brasil, surgiram no final dos anos 1980. Alguns marcos foram a criação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo (1987) e a experiência de rede substitutiva em Santos (1989-1991), onde, por iniciativa municipal, implantou-se vários serviços, dentre eles os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

De 1990 a 2000³, destaca-se no Brasil, a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) através da criação da Coordenação de Saúde Mental (1991) no Ministério da Saúde, realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), reformulação do arcabouço normativo da política, difusão de nova mentalidade e formas de cuidar em saúde mental, criação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e mecanismos substitutivos, juntamente com a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS e do processo de descentralização (Amarante, 2020; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

No Ceará, com a expansão do movimento da luta antimanicomial e a promulgação da Lei Estadual Mário Mamede n° 12.151, de 29 de julho de 1993, proibindo a criação de novos hospitais psiquiátricos especializados, estabelecendo a criação de dispositivos extra-hospitalares de cuidados e leitos/unidades psiquiátricas em hospitais gerais e definindo critérios para internação compulsória. Nesse contexto, também surgiram alguns projetos-piloto de serviços substitutivos do interior para a capital: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Primeiramente em Iguatu (1991), seguido de Canindé(1993), Quixadá (1993), Icó (1995), Cascavel (1995), Juazeiro do Norte (1995), Aracati (1997) e Fortaleza (1998) (Quinderé *et al*, 2010; Sampaio; Filho, 2015).

Pontes e Fraga (1997) afirmam que a implantação de serviços extra-hospitalares no Ceará, apresentou-se de maneira complexa, pela grande maioria de hospitais psiquiátricos se encontrarem na capital Fortaleza, onde vários proprietários desses serviços privados posicionavam-se contra a reforma psiquiátrica no estado, por prejudicar os interesses em lucrar com o tratamento obtido através da estrutura asilar. Eles apontam também que muitos dos familiares tinham receio que a reforma psiquiátrica, significasse uma desassistência ao

³ Optamos por dividir a implantação da RPB no contexto do SUS em três períodos: 1990-2000, 2001-2015 e de 2016-2021, contextualizando o cenário nacional e cearense da reforma psiquiátrica. Os dois primeiros podem ser considerados de expansão do modelo de atenção psicossocial, seguido do período iniciado em 2016 de retrocesso de conquistas da política de saúde mental ou de contra reforma psiquiátrica.

tratamento, bem como trabalhadores mais humildes temiam perder o emprego com o fechamento destas instituições. Sendo assim, os primeiros serviços abertos e comunitários surgiram no interior do estado, em ocasião dos conflitos de interesses existentes na capital e na ausência de serviços de saúde mental no interior do Ceará.

Por sua vez, Sampaio e Filho (2015) destacam que o contexto foi mais propício para implantar o modelo nas cidades do interior, longe dos centros urbanos, bem como, estabelecer serviços extra-hospitalares em municípios que não tinham hospitais psiquiátricos. Santos (2018) defende que os primeiros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico criados no interior do Ceará tinham o objetivo de diminuir os encaminhamentos para Fortaleza e outros municípios que recebiam essa demanda.

No final dos anos de 1990, iniciou-se um período substitutivo no Ceará, de acordo com Sampaio e Filho (2015). Em 2000, com apenas doze (12) CAPS no interior e um (01) em Fortaleza, um acontecimento importante foi o fechamento da Casa de Repouso Guararapes em Sobral, município referência no norte do estado. Isso aconteceu após a morte em decorrência de maus tratos de Damião Ximenes, um dos pacientes internados na referida instituição. O caso teve repercussão internacional e fomentou a implantação de uma rede de serviços em saúde mental na referida cidade e também em outros municípios e regiões.

No início dos anos 2000, o governo estadual manifestou o interesse de incluir um CAPS em cada sede das 21 microrregiões de saúde e o governo municipal de Fortaleza apresentou o interesse em implantar um CAPS em cada uma das seis Secretarias Executivas Regionais da cidade (Centro Cultural da Saúde, 2004; Sampaio *et al*, 2011). Isso coincide com mudanças relevantes no contexto nacional.

A Lei nº 10.216/2001 - Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira é oriunda do Projeto de Lei de Paulo Delgado, que demorou onze anos no Congresso Nacional para ser aprovado. Isso somente aconteceu após a retirada da obrigatoriedade da extinção progressiva dos manicômios. Apesar disso, as principais diretrizes desta norma estão alinhadas com os documentos internacionais que regem os padrões de tratamento dos sofrimentos mentais. A Lei sinaliza para o atendimento universal e interdisciplinar, respeito aos direitos humanos, proibição de internações em hospitais com características asilares. Explicita a defesa de um tratamento digno e de qualidade, que rejeita qualquer forma de discriminação. Para isso, prioriza o tratamento a partir da inserção das pessoas na família e na comunidade, dando um lugar central de participação social na abordagem dos sofrimentos mentais (Brasil, 2001; Amarante, 2020).

Com uma regulamentação, inicia-se um período de expansão de normas

complementares. Em destaque, a Portaria 336 de 2002 instituiu as diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Foram criados Serviços residenciais terapêuticos (SRT), através da Portaria 1220/2000 e complementada pela Portaria nº 3090/2011. Além da Portaria nº 2391/2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias, a Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de sofrimentos psíquicos egressos de longas internações, a Portaria 1028/2005, que determina ações de redução de danos sociais e da saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas, e o Decreto nº 7.179/2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

No Ceará, após essas mudanças que implicaram no aumento de transferências intergovernamentais para estruturar novos serviços de saúde mental, a capital cearense, juntamente com outras cidades do interior, passou a expandir o modelo de atenção de base comunitária e aberto⁴ (Centro Cultural da Saúde, 2004; Sampaio; Carneiro, 2007; Sampaio *et al.*, 2011). Até 2011, o Estado do Ceará contava com mais de cem CAPS cadastrados no Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que Fortaleza ainda concentrava hospitais psiquiátricos e mantinha dificuldades na estruturação dos serviços comunitários, como a necessidade da expansão da rede de atenção à saúde mental e falta de articulação entre equipamentos primários e especializados (Barros; Jorge, 2011).

Por meio da portaria nº 3088/2011, foi instituída nacionalmente a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de oferecer atenção psicossocial através de uma rede ampliada e articulada de serviços do SUS. Apesar da normativa ter sido relevante, ela incluiu as Comunidades Terapêuticas (CT), criticadas no campo acadêmico e político, como instituições que se utilizam de aspectos religiosos e moralizantes para lidar com a questão da droga, visando a abstinência (AMARANTE, 2020). Um ano depois, a portaria nº 121/2012 instituiu as Unidades de Acolhimento (UA) como residências de caráter transitório para adultos e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Já a portaria 130/2012 redefine o CAPS tipo III (funcionamento de leitos de acolhimento 24 horas) e incentivos financeiros.

Para Oliveira (2021) o fortalecimento da RAPS no Brasil, com direcionamento da política de saúde mental para ações psicossociais de álcool e outras drogas, ocorreu entre 2012

⁴ Vários encontros estaduais foram realizados para discutir a RPB no Ceará. Por exemplo, Bastos e Jorge (2013) retratam que, em 2003, o Ministério Público do Ceará realizou o I Seminário sobre internação psiquiátrica e cidadania do Ceará que objetivou discutir os rumos que a reforma psiquiátrica deveria tomar, propondo a criação de uma Rede Assistencial de Saúde Mental.

a 2015, com a implantação do Programa “Crack, é possível vencer” e utilização da estratégia de Redução de Danos em Saúde. Entretanto, concomitante ao estabelecimento da RAPS, a política de saúde mental também dava sinais de retrocesso para o movimento de RPB e da luta antimanicomial. Um exemplo disso foi a indicação de Valencius Wurch Duarte Filho para o cargo de Coordenador Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, rompendo com uma tradição de coordenadores comprometidos com a RPB. Conforme a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2015), ele foi ex-diretor do maior Hospital Psiquiátrico do Brasil - Casa de Saúde Dr. Eiras no Rio de Janeiro, fechado após várias denúncias de maus tratos e violações de direitos humanos e crítico à Reforma Psiquiátrica, concordando com o fechamento de hospitais psiquiátricos e não tendo capacidade científica para condução do cargo. O mesmo foi deposto após pressão do movimento de luta antimanicomial (Machado; Lima; Baptista, 2017; Pitta; Guljor, 2019).

No Ceará, até 2016, constatou-se a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos localizados em Fortaleza. Quatro instituições foram fechadas: o Instituto de Psiquiatria do Ceará (2012), Hospital Mira y Lopez (2013), Casa de Saúde São Gerardo (2014) e a Clínica Dr. Suliano (2014). Apesar disso, permaneceram em funcionamento três hospitais psiquiátricos: Hospital de Saúde Mental Prof. Costa Pinto (público, estadual e regulador de leitos psiquiátricos SUS), Hospital Espírita Nosso Lar (filantrópico, com leitos SUS e privados) e Hospital Filantrópico São Vicente de Paulo (filantrópico, com leitos SUS e privados). Destaca-se que no período analisado ocorreu a redução de 249 leitos psiquiátricos tradicionais e a consequente redução de investimentos públicos nessas instituições, que passou da quantia de 12,1 milhões de reais no ano de 2008, para 9,2 milhões no ano de 2015 (Fernandes; Lima; Oliveira, 2019).

Aqui vale a pena destacar que o período de 2001 a 2015 é considerado, por muitos estudiosos, como contexto de reversão do modelo hospitalocêntrico no Brasil, a partir do direcionamento de gastos com internações hospitalares para serviços substitutivos, abertos, comunitários e territoriais e estímulo à expansão, inicialmente, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e depois na definição de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para isso, contou-se com atores comprometidos com a RPB na gestão da Coordenação Nacional de Saúde Mental, como Pedro Delgado (2001-2010) e Roberto Tykanori (2011-2015) (Oliveira, 2021).

Apesar do destaque no Plano Nacional de Saúde de 2016-2019, com a diretriz de “implantação da RAPS nas regiões de saúde”, de forma a ratificar a orientação de expansão de serviços e desinstitucionalização de usuários de hospitais por meio do Programa de Volta para Casa (Oliveira, 2021), instituiu-se um período de retrocesso das conquistas da RPB. A partir da

saída da presidenta Dilma, em agosto de 2016, com o processo de *impeachment*, sob fortes questionamentos jurídicos de legitimidade e do fortalecimento de ideais conservadores e liberais (Machado; Lima; Baptista, 2017), o vice-presidente Michel Temer assumiu o mandato da presidência do Brasil (2016-2018). No período foram implementadas ações neoconservadoras e neoliberais, com redução de gastos públicos e de direitos sociais, com estímulo à expansão do setor privado de saúde e desmonte do Estado como provedor de bem estar social (Pereira, 2020).

Em contexto de aprovação da Emenda Constitucional nº 95/2016, que inaugura um Regime Fiscal que “congela” gastos sociais por vinte anos, o lançamento da Resolução nº32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sinaliza alterações preocupantes, ao propor uma “Nova Política de Saúde Mental”. Em seguida, a Portaria nº 3588/2017 estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS. Estas normas reformulam o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS, trazendo, por exemplo, o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede e não mais substituível, além de apontar para um maior financiamento deste. Por isso, uma das principais questões a destacar deste movimento de contrarreforma psiquiátrica, é o retorno aos hospitais psiquiátricos como recurso terapêutico relevante (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Oliveira e Fernandez (2021) destacam que, desde a Constituição Federal Brasileira de 1988 até 2016, foram notáveis os avanços na descentralização da política de saúde, com maior autonomia para estados e municípios e vários programas foram criados para expandir a Atenção Básica em Saúde (AB), componente importante das RAPS. Entretanto, a partir de 2016, nota-se claramente um desinvestimento e debilitação do SUS e da Atenção Básica (AB), com a fragilização do Programa Mais Médicos, mudança no financiamento e desmonte do serviço de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

O governo Bolsonaro, iniciado em 2019, seguiu a mesma “tendência remanicomializadora” (Pereira, 2020, p.82) e adotou o princípio da austeridade para conduzir as políticas sociais no Brasil, com a redução da participação do Estado em atividades sensíveis aos cidadãos de baixa renda e a desresponsabilização do governo federal de questões vinculadas a políticas públicas, aumentando a responsabilidade dos governos estaduais e municipais (Oliveira; Fernandez, 2021), que expressa ainda um projeto societário da extrema direita.

As propostas de modificações da RAPS, sob a afirmação de que "nenhum serviço substitui outro" (Ministério da Saúde, 2019, p.04), critica a efetividade do modelo psicossocial adotado da política de saúde mental após a RPB até 2017, indicando a necessidade do aumento

no número de leitos psiquiátricos e posiciona-se contra o fechamento de hospitais psiquiátricos (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Além disso, houve a desvinculação do conceito de Redução de Danos na Política Nacional de Drogas, para a substituição da estratégia de abstinência (Oliveira; Fernandez, 2021), com a decisão governamental de maior investimento público no financiamento de Comunidades Terapêuticas (CTs). Esses serviços recebem inúmeras críticas e denúncias de violência, de desrespeito, de violação de direitos humanos com seus usuários e internação forçada, além do Estado ter que investir no Terceiro Setor em detrimento da rede pública.

Os serviços ambulatoriais especializados, como a criação de Equipes Multiprofissionais Especializadas em Saúde Mental (EMESM/AMENT), que não possuem critério populacional determinado e possuem custeio mensal maior do que um CAPS tipo I, também foram criados, desconsiderando a cobertura pelas equipes de Atenção Primária, ações de matriciamento no território e os próprios CAPS (Pitta; Guljor, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020; Pereira, 2020; Weber, 2021).

Apesar das reconhecidas conquistas em âmbito nacional e também estadual no Ceará, alguns estudiosos indicam a permanência de um padrão sociocultural que ratifica a segregação das diferenças, com a existência simultânea de modelos de assistência em saúde mental, com serviços com características asilares e/ou comunitários (Quinderé *et al*, 2010; Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016; Oliveira, 2021).

Destacam-se que estudos locais sobre a política de saúde mental identificam uma inadequação do modelo psicossocial na prática/materialização na saúde mental de Fortaleza-CE, compreendendo que existem vários determinantes para entender esse processo, como modelo de gestão, financiamento, capacitação de equipes, precarização do trabalho, conformando uma dependência entre gestão e atenção em saúde mental. Assim, aponta-se que existe um problema crônico na capital cearense de desresponsabilização da gestão municipal com a expansão da RAPS, em fornecer condições adequadas de trabalho e promover estratégia territorial, ocorrendo tensionamentos técnicos e políticos entre gestores e trabalhadores (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016).

Acreditamos que a realidade de Fortaleza-Ceará acompanhou a tendência nacional da RPB, inclusive nos avanços e tensões da política de saúde mental, onde a própria forma de organização da RAPS sofre interferências de acordo com o modelo de saúde mental proposto nacionalmente e das tensões dos atores em jogo, mas também possui especificidades relevantes para o desenvolvimento da política de saúde mental em âmbito municipal, inclusive na organização dos serviços através de redes de atenção à saúde.

3.2 – Rede de Atenção Psicossocial como rede temática da Rede de Atenção à Saúde

3.2.1 – Definição e dimensões da Rede de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS)⁵ são definidas como conjuntos de pontos de atenção de diferentes funções e complexidades, ordenadas e articuladas no território para atender as necessidades da população (Mendes, 2007). Representam uma forma de organização da assistência à saúde, que envolve o cuidado através de ações combinadas de diferentes serviços e profissionais, visando integrar diferentes níveis de atenção e conformar o processo de regionalização (Viana *et al.*, 2018).

O termo rede, na saúde pública, antecede a própria criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que se utiliza da Rede de Atenção à Saúde como forma de organização dos serviços. Nos anos de 1960, a perspectiva de rede foi relacionada ao conjunto de serviços com características similares (rede hospitalar, rede básica etc) que tinha o objetivo de expandir o acesso da população aos serviços de saúde; e a partir dos anos de 1970, inseriu-se a lógica de complementaridade entre os serviços, buscando promover organização e articulação entre eles (Amaral; Bosi, 2013).

A modelagem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) utilizada no Brasil, de acordo com Mendes (2007), é do tipo de normativa leve, ou seja, mesmo utilizando-se de um aparato normativo geral que define as RAS, passa por adaptações na forma de ser aplicada às condições locais e regionais em que elas serão inseridas. O objetivo das RAS é uma mudança de direcionamento dos serviços focados apenas nas condições agudas para o foco em condições agudas e crônicas, com objeto de atenção compartilhado entre diferentes níveis de atenção e com cuidado continuado (Mendes, 2011; Amaral; Bosi, 2017).

Mendes (2011) apresenta como elementos para a constituição de uma RAS: definição da população de responsabilidade, localizada em território sanitário e organizada socialmente em famílias, que deve ser conhecida através de territorialização; cadastramento das famílias e classificação de riscos, realizada pela equipe de saúde de referência; a estrutura

⁵ No século XX, surgiu a primeira descrição de rede regionalizada de saúde para organização dos sistemas universais, com a publicação do Relatório Dawson na Inglaterra (1920). Foi inserida a ideia de territorialização na saúde, a defesa da articulação entre medidas de prevenção e de tratamento, relevância em associar modelo de organização de serviços e gestão, com uma autoridade sanitária responsável pela coordenação dos serviços em cada área, introdução de conceitos de níveis de atenção, portas de entrada, vínculo, referência e coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) (LIMA *et al.*, 2012; KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

operacional de como as redes se organizam com seus elementos articuladores e coordenadores (centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde); pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança; e o modelo de atenção à saúde, sistema que organiza a RAS de acordo com a população, ações e intervenções sanitárias.

Para Amaral e Bosi (2017), cinco dimensões são relevantes para direcionar a observação empírica e sistematizar as informações que devem apoiar práticas avaliativas ou similares das redes. Conforme os autores, a dimensão de “Unidades Mínimas” refere-se a mapear os pontos fixos da rede de saúde que podem ser pessoas consideradas individualmente, conjuntos (equipes e outros arranjos organizativos), bem como ações/intervenções e instituições/serviços.

Essa dimensão é a primeira tarefa que deve ser feita, indicando quais as unidades mínimas que serão consideradas para a análise, descrevendo-as a partir da história de sua evolução no tempo (enfoque genético) e de como está a configuração da rede em quantidade, qualidade técnica e as relações de seus elementos com os aspectos sociais (enfoque atual). Além de compreender as funções de cada ponto fixo na rede, responsabilidades delimitadas e de como se dá o acesso às unidades, a avaliação dos atores relevantes no processo (profissionais, usuários e gestores) viabilizam a perspectiva destes sobre os serviços que estão inseridos e outros serviços relacionados.

Já a dimensão de "Conectividade" envolve as relações tidas entre as unidades mínimas de análise. Os autores defendem que existem muitos aspectos das relações entre serviços como, por exemplo, os encaminhamentos, contatos telefônicos, interconsultas e visitas institucionais. Entretanto, são efetuadas de diferentes formas, atendendo diferentes objetivos, expectativas e condições dos serviços e de seus atores. Apontam-se que quanto maior a conectividade entre os pontos, melhor seria a qualidade da rede, e quanto menor a conectividade, seria um indicativo da má qualidade da rede de saúde. O conhecimento dos fluxos e condicionantes para as relações entre serviços de saúde seria importante para prever a eficácia ou impossibilidade dessas relações.

A dimensão da “Integração” refere-se à noção de continuidade e de complementaridade das intervenções de saúde dos serviços. A continuidade requer organização das intervenções em saúde, ao longo do tempo, para garantir atendimento às demandas apresentadas de um mesmo estado de saúde ou em diferentes questões apresentadas e implica vínculo entre o profissional de saúde e o usuário. A complementaridade é um tipo de continuidade, onde cada serviço deve complementar as responsabilidades do outro, manejando

adequadamente para outros serviços, conforme a demanda apresentada. Já que cada serviço não consegue resolver todas as necessidades manifestadas, necessita-se de outros serviços, outras redes e outros níveis de atenção.

A “normatividade” significa o conjunto de valores que moldam a configuração das redes de saúde e produzem as práticas de saúde e a distribuição dos recursos. Algumas tentativas de padronização do funcionamento das redes referem-se aos protocolos clínicos (ações a serem realizadas em todos os serviços, conforme a condição de saúde apresentada) e linhas-guia (manejo de condições de saúde para diferentes serviços a partir de indicadores de gravidade). Entretanto, os autores destacam que existem fluxos não formalizados entre os serviços, produzindo novas formas de relações adequadas à realidade do contexto apresentado.

Por fim, a “subjetividade” é uma dimensão que perpassa todas as outras de maneira transversal e dialética, podendo provocar mudanças em todas elas. Os atores envolvidos no processo apresentam propostas de cuidado que envolvem aspectos ideológicos e éticos, ultrapassando a dimensão técnica.

As RASs podem ser definidas como temáticas, com a proposta de criação de ações e serviços com demandas específicas de saúde, mas ao mesmo tempo, proporcionando articulação entre as diferentes redes temáticas, com a possibilidade do cuidado integral, considerando as particularidades de saúde, garantia da equidade e acesso à saúde pela população. A proposta das redes temáticas é de defender a superação da crise contemporânea de fragmentação dos serviços e do modelo burocrático e hierárquico, este último, criticado pela baixa eficácia para lidar com as mudanças econômicas, demográficas e epidemiológicas da população (Mendes, 2007; Lima *et al*, 2012).

Mendes (2007) complementa que as recomendações para prestar a atenção necessária e apropriada para determinada condição de saúde através da rede temática são: ações de prevenção (primária, secundária e terciária); de promoção, curativas, reabilitadoras e paliativas, considerando todos os pontos de atenção à saúde de uma RAS e ordenando os fluxos das pessoas aos pontos de atenção.

Seguindo a lógica das RASs, a RAPS é considerada uma rede temática constituída por diferentes níveis secundário e terciário, regulados pelo nível primário, e sujeitas a outras redes temáticas (Moreira; Bosi, 2019). Representam uma articulação horizontal entre os serviços, visando superar o formato tradicional/piramidal de hierarquização em níveis de complexidade, limitado-os as relações de referência e contrarreferência e a concepção equivocada de que as demandas enfrentadas na APS seriam mais fáceis de se resolver,

relacionando-as a complexidade às tecnologias materiais necessárias e desconsiderando a complexidade das relações (Amaral; Bosi, 2013).

A RAPS é formada pelos seguintes componentes (Brasil, 2011b):

- Atenção Básica à Saúde: formada pelos pontos de atenção da Unidade Básica de Saúde (UBS); Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas (equipe de Consultório na Rua; equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório (suporte clínico e apoio a esses pontos de atenção); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); e Centros de Convivência;
- Atenção psicossocial especializada: constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de diferentes modalidades e porte populacional (CAPS tipo I, II, III, CAPSad tipo II e III e CAPS infante juvenil);
- Atenção de urgência e emergência: formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Emergência; Sala de Estabilização; Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; UBS, entre outros;
- Atenção residencial de caráter transitório: Unidade de Acolhimento (UA); e Serviços de Atenção em Regime Residencial (comunidades terapêuticas);
- Atenção hospitalar, formada pelos pontos de atenção de enfermagem especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- Estratégias de desinstitucionalização: apontando os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT);
- Reabilitação psicossocial.

A rede temática de saúde mental possui como diretrizes: o respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, combate ao preconceito, garantia de acesso e qualidade dos serviços, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas, diversificação de estratégias de cuidado, desenvolvimento de atividades no território, estratégias de Redução de Danos, educação permanente e ênfase em serviços de base territorial e comunitária, organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada com ações intersetoriais e a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). A expectativa proposta em lei com a criação da RAPS foi de ampliar o acesso à atenção psicossocial para a população em diferentes pontos de atenção e garantir articulação e integração destes nas redes de saúde no território, a partir da qualificação

do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (Brasil, 2011b).

A instituição da RAPS foi relevante para estruturar, organizar e articular os serviços de maneira integral e regionalizada, abrangendo capitais e cidades do interior para garantir cuidado em saúde mental. Entretanto, não se deve considerar para a efetivação do modelo psicossocial apenas a implantação de serviços comunitários. É preciso promover um novo modo de agir em saúde e desenvolver uma gestão alinhada com princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Guimarães; Sampaio, 2016; Martins, 2017).

3.2.2 – Rede de Atenção Psicossocial: coordenação do cuidado a partir de serviços comunitários.

A partir da crítica promovida pelo movimento de RPB, direcionado à uma mudança radical no lugar social oferecido à loucura, emergiu-se a perspectiva de criação de uma rede substitutiva às instituições manicomiais e ao modelo hospitalocêntrico/biomédico.

A integração defendida pelo movimento da RPB indica a construção de uma rede de saúde com serviços abertos e articulados, tendo em vista demandas mais amplas da vida das pessoas e envolvendo diferentes necessidades de saúde, para além das vivências nos serviços, que perpassam a perspectiva psiquiátrica, psicopatológica e biomédica (Amaral, Bosi, 2013).

Entretanto, na transição entre os modelos asilar e psicossocial permaneceram-se padrões do modelo anterior, inclusive na ampliação da Rede de Atenção Psicossocial, com a permanência de dispositivos e práticas que buscavam ser superados e contribuindo para um processo de adoecimento dos usuários e dos trabalhadores de saúde mental, nessa relação conflitual de manutenção do modelo asilar (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016).

Assim, entende-se que a implantação do modelo de atenção psicossocial não está consolidado de maneira plena, permanecendo práticas individualistas, curativas e centradas na figura do médico no cotidiano dos serviços, alinhadas com o paradigma biomédico. Necessita-se ainda avançar na perspectiva da saúde coletiva, a partir de práticas de promoção e prevenção da saúde, e consolidar as relações que promovam articulação e cuidado integral através de redes de saúde (Silveira; Costa; Jorge, 2018), pois o modelo asilar ainda pode ter certa dominância, principalmente se transformações mais amplas não forem seguidas, com a possibilidade de reprodução de perspectivas que almeja-se superar (Costa-Rosa, 2000).

A articulação da RAPS se desenvolve a partir da relação entre seus atores - gestores, trabalhadores e usuários, sendo considerada uma “rede viva” capaz de tecer relações dinâmicas entre serviços e pessoas, com um diálogo complexo, individualmente e coletivamente,

envolvendo outros setores, atores, saberes etc. Apontam-se também que a assistência em saúde mental ainda não incorporou totalmente o discurso e a lógica de rede, com a necessidade de desenvolver o compromisso dos atores para concretização desta e para a continuidade do cuidado, flexibilidade e readequação do sistema a partir das diversidades regionais por parte da gestão (Lima; Guimarães, 2019ab).

De maneira complementar, a proposta do cuidado no território indica a possibilidade de o usuário em sofrimento psíquico ter disponível uma rede de cuidados variada, orientado pelo Projeto Terapêutico Singular e pela construção compartilhada das intervenções por diferentes serviços, profissionais e instituições, com a participação dos usuários e seus familiares (Bandeira; Onocko-Campos, 2021).

Apesar de ser constituída por diferentes níveis de atenção, optou-se neste trabalho em considerar especificamente serviços dos níveis de atenção primária e especializada em saúde mental. Conforme Amaral e Onocko-Campos (2021), no modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), o compromisso de coordenação do cuidado em saúde mental nos diferentes pontos de atenção da RAPS deve ser compartilhado entre APS e CAPS, delineando uma rede a partir de serviços abertos, territoriais e integrados. Existe uma convergência teórica entre APS e RAPS ao se promover o cuidado a partir do território, integral, intersetorial e multiprofissional (GAMA *et al*, 2021), além de compartilharem a perspectiva de um olhar do sujeito que adocece, considerando suas múltiplas questões que compõem sua singularidade históricos, sociais, econômicos (Yasui; Lusio; Amarante, 2018).

Na Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), defendida por Costa-Rosa (2013), o fazer é voltado para ações integrais e territoriais, garantindo atenção, prevenção e promoção de saúde, levando em conta a complexidade do sofrimento psíquico e dos diversos recursos locais, promovendo um trabalho interprofissional em cada uma das ações (no interior de serviços e entre serviços), garantindo continuidade, partindo da demanda social do sujeito e tendo ele como participante direto de seu tratamento. Não se trata, para o autor, de uma organização de serviços apenas em um sistema de referência e contrarreferência, mas sim da necessidade de trocas efetivas entre os dispositivos que integram a Rede de Atenção à Saúde e outros setores (trabalho, esporte, lazer, etc), onde os sujeitos sempre devem ser considerados a partir do território e adscritos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A APS é um modelo assistencial que propõe um conjunto de práticas integrais de saúde a partir das necessidades individuais e coletivas dos indivíduos, sendo porta de entrada e primeiro nível de atenção de uma rede regionalizada e organizada em complexidade crescente. Possui atributos como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do

cuidado, orientação para a comunidade, centralidade da família e reconhecimento de diferentes necessidades de grupos populacionais, como etnia, raça, cultura etc (Giovanella; Mendonça, 2013).

A ESF é política oficial da APS no Brasil, apresentando possibilidades de articulação entre o nível primário e outros níveis das redes de saúde, com o objetivo de não ser apenas porta de entrada, mas garantir cuidado contínuo e articulado. A APS é defendida como capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população e que deve ser integrada aos outros níveis de atenção que possam ofertar atendimento especializado para demandas de atenção à saúde específicas. Para isso, necessita desenvolver três funções básicas por suas equipes multiprofissionais: acolhimento e atenção à demanda e busca ativa com avaliação de riscos e de vulnerabilidade de pacientes, famílias e comunidades, clínica ampliada ou clínica do sujeito (dimensões biopsicossociais, promoção de vínculo e singularidade do cuidado) e saúde coletiva, com procedimentos preventivos e de promoção da saúde (Giovanella; Mendonça, 2013; Castro; Campos; Fernandes, 2021).

Alinhada à perspectiva de redes de atenção à saúde, a ESF aparece como serviço potente para atendimento da saúde mental no território, por conta da familiaridade com as comunidades, buscando cuidado às pessoas em situação de sofrimento/ transtorno mental leve, corresponsabilidade e reinserção social de usuários atendidos pelo serviço especializado do CAPS. Independente do trajeto do usuário, ele deve ser atendido na atenção básica pelo vínculo, território de referência e outros componentes que podem surgir, visando a integralidade do processo saúde-doença (Jorge *et al.*, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são equipamentos especializados em demandas de saúde mental graves e persistentes que integram a RAPS e que foram criados a fim de ampliar a estratégia territorial do modelo de atenção psicossocial, materializado em uma rede de serviços substitutivos às práticas e dispositivos asilares. Conforme defendem Yasui (2010) e Costa-Rosa (2013), os CAPS são instrumentos relevantes para a implantação da política nacional de saúde mental, mas busca-se na atenção psicossocial o rompimento com práticas de saúde mental centradas em uma única instituição.

Inicialmente, nos anos 2000, a estratégia do Ministério da Saúde focou na implantação dos CAPS como organizadores e fiscalizadores de práticas de atenção no território (Costa-Rosa, 2013). Priorizaram-se os pacientes com transtornos graves, em um esforço de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços territorializados (Gama *et al.*, 2021). Mas, posteriormente, dá-se lugar à perspectiva de rede, onde o dispositivo se torna uma das partes no cuidado em saúde mental no território. Assim, a estratégia de atenção

psicossocial não deve se confundir com “estratégia CAPS”, correndo o risco de recair em práticas que tomam o sofrimento psíquico de maneira fragmentada. Defende-se a necessidade de trocas efetivas entre dispositivos do território que também compõem a rede de saúde, como a APS, cultura, esportes, trabalho e assistência social. Portanto, a dimensão técnico-assistencial envolve mais do que a transformação de serviços de saúde, mas também de estratégias de cuidados que abrangem os recursos existentes no território, inferindo responsabilidade sobre essa demanda, acolhimento do sofrimento psíquico com definição de projetos de cuidado e ações articuladas em rede e no território (Yasui, 2010, Costa-Rosa, 2013).

Tendo em vista o diálogo entre APS e serviços especializados em saúde mental, propõe-se a estratégia de vinculação entre diferentes equipes de saúde, com o objetivo de aumentar a resolubilidade dos casos de saúde mental local. Isso envolve a responsabilidade compartilhada, em contrapartida ao tradicional encaminhamento para outra unidade de saúde (Amarante, 2007; Campos, 1999).

O arranjo proposto por Campos (1999), indicando equipes de referência e apoio matricial, dispõe de novos padrões de relações entre equipes de saúde e usuários, visando ampliar o compromisso dos profissionais com o cuidado em saúde e quebrar obstáculos organizacionais à comunicação, portanto, é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde. A equipe técnica responsável (equipe de apoio) articula intervenções em saúde, através de discussões de casos, atendimentos conjuntos e compartilhados. Destaca-se que a atuação das equipes de apoio matricial como uma retaguarda especializada de assistência, almeja-se evitar encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atendimento e aumenta-se a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe de referência (Treichel, Onocko-Campos, Campos, 2019).

A retaguarda dos serviços envolve oferecer suporte pedagógico, mas também interpessoal e técnico, tendo em vista a construção coletiva do projeto terapêutico do usuário. Por natureza, segue um processo interdisciplinar, envolvendo diferentes especialidades que devem compartilhar seus saberes para a construção do conhecimento (Chiaverini, 2011). Dessa forma, profissionais e equipes especializadas, sejam elas de Núcleos de Apoio Ampliado a Saúde da Família (NASF), ou de Centros de Atenção Psicossocial, ou pelas Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde, podem oferecer suporte às equipes de atenção básica (Amaral *et al.*, 2018), modificando metodologias de trabalho, através de mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais apoiadores especialistas, e funcionando, ao mesmo tempo, como uma

forma de educação permanente, uma vez que os profissionais com distintas formações ampliam a comunicação entre eles ao conduzir casos de forma compartilhada (Castro; Campos, 2016).

Entretanto, para além dos desafios da implementação e organização da RAPS no Brasil, seguiu-se o processo de redução de financiamento e implantação de novos serviços, a partir de 2016, conforme já assinalado, com o crescimento da política conservadora e neoliberal no país. Mesmo com os avanços, os serviços disponíveis não se mostram suficientes para atender a demanda dos usuários e de cobertura assistencial em saúde mental para a população, apresentando-se de maneira diferenciada nas regiões do país (Onocko-Campos, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Adicionado a isso, o cenário dos serviços de atenção psicossocial sofreu extrema adversidade no contexto de emergência em saúde pública vivenciado com a pandemia de COVID-19, que gerou impactos na saúde mental da população e nos serviços de saúde, exigindo uma reorganização da política, da rede e das práticas em saúde mental.

3.3 Emergência em saúde pública pela Covid-19: impactos na saúde mental em tempos de pandemia.

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre casos crescentes de pneumonia na cidade de Wuhan, na China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos, definida como Covid-19. Não demorou muito para que o surto de coronavírus atingisse alguns países, com a declaração em 30 de janeiro de 2020 pela OMS de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (EPII), convocando a organização global para conter o avanço da doença (OPAS, 2020).

Rapidamente, em março de 2020, a OMS declarou que a Covid-19 como uma pandemia, diante de sua gravidade e ampla distribuição geográfica no mundo. Inseriu-se uma perspectiva cada vez maior de aumento de casos e de mortes, já que é uma doença de alta transmissibilidade, sem tratamento ou vacina disponível até aquele momento (OPAS, 2020). No Brasil, a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela Covid-19, foi indicada através da Portaria nº 188 em 03 de fevereiro de 2020. E já em março de 2020, através da Portaria nº 454, foi declarado, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (Covid-19).

Essa situação exigiu a reorganização das políticas públicas de vários países, trazendo também a oportunidade de inovações que pudessem oferecer atendimento rápido e eficiente, mas também com a necessidade de preocupação com a atenção psicossocial da

população, pois as consequências em saúde mental podem ser tão duradouras quanto a própria pandemia (Machado *et al.*, 2020; Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020).

A pandemia provocou situações de maior pressão para as condições de saúde mental em decorrência do medo, tristeza e ansiedade em que a população estava imersa, trazendo impactos severos como: afastamentos, incapacitações ou agravos (depressão, ideação/tentativa suicida, ansiedade, crises de pânico, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Síndrome de Burnout e alterações significativas nos estados de sono-vigília), especialmente em função de algumas medidas de enfrentamento da crise sanitária, como quarentena e isolamento social (Trevisan *et al.*, 2020). Existe uma discussão comum identificada em alguns estudos sobre saúde mental no contexto da pandemia, na qual trata da importância de direcionar ações para grupos específicos como: crianças, idosos, pessoas com doenças crônicas, profissionais de saúde da linha de frente ao combate a COVID-19, pessoas já acometidas de transtornos mentais, imunossuprimidos, imigrantes e pessoas em situação de rua (Delben *et al.*, 2020; Machado *et al.*, 2020; Ornell *et al.*, 2020).

Os principais fatores de riscos e de proteção em saúde mental na pandemia de COVID-19 são elencados por Carlotto e Delben (2020) como: (1) idiossincráticos: características individuais que incluem fatores modificáveis, por exemplo, aspectos da genética, fisiológicos, biológicos, históricos de agravos à saúde, personalidade, estratégias de enfrentamento, adesão às medidas de enfrentamento etc; (2) Ambientais e políticos: situação de emergência, medidas de enfrentamento que impactam na mudança de hábitos, quantidade exorbitante de informações sobre a crise, fake news, magnitude da doença etc; (3) Socioeconômicos e culturais: grau de vulnerabilidade e exposição a situações de risco, aspectos relacionados à idade, gênero, raça, renda, escolaridade, condições e local de moradia, afastamento da rede social;(4) Ocupacionais: profissão, adaptação do trabalho no contexto da pandemia, exposição e riscos do ambiente e uso de medidas de proteção.

Estudos destacaram que algumas medidas de enfrentamento da Covid-19 (isolamento, quarentena, isolamento e distanciamento social), ao mesmo tempo que buscavam conter o avanço da disseminação do vírus, diminuiram o acesso a recursos da rede de proteção social dos indivíduos, como afastamento do trabalho, da escola, do lazer, da família e da comunidade (Nabuco; Pires de Oliveira; Afonso, 2020). A quarentena é uma condição de confinamento atribuída para as pessoas com suspeita ou confirmação da doença por um período de pelo menos 14 dias a partir do início de sintomas ou resultado positivo (no caso da COVID-19). O isolamento hospitalar refere-se a separação espacial de pessoas internadas com doenças transmissíveis de pessoas com outras doenças no hospital, visando proteger estas da infecção.

Já o isolamento social é uma medida de orientação para as pessoas não saírem de casa para ter contato com outras pessoas que circulam em ambientes públicos ou familiares. Tanto o isolamento, quanto a quarentena, devem ser utilizados em associação ao distanciamento social, que é uma medida preventiva de distanciamento de pelo menos um metro e meio entre as pessoas para evitar aglomerações (Dias *et al.*, 2020).

Essa é uma problemática importante, aliada às outras repercussões em saúde mental na pandemia, já que o cuidado em liberdade em serviços territoriais são a base do modelo psicossocial defendido para a política de saúde mental no Brasil. Assim, este debate deve estar atrelado à Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois, como Oliveira *et al* (2020) afirmam, apesar dos avanços da política, é necessário que o poder público, gestores e trabalhadores tenham maior atenção com a transparência de informações e necessidade de planos de contingência em saúde mental na pandemia, efetivando um cuidado em liberdade e com garantia dos direitos humanos.

A saúde mental, em tempos de pandemia, foi preocupação de organismos internacionais, visando garantir o cuidado em saúde mental, juntamente com outras medidas de saúde. Entretanto, a realidade brasileira teria um grande desafio em garantir acompanhamento contínuo de saúde mental em um contexto que exige distanciamento social e condições socioeconômicas e políticas de desigualdade e vulnerabilidade sociais do país, além de problemas já existentes para efetivação do modelo psicossocial, como apontados nos tópicos anteriores. A pandemia ampliou a precarização das condições de vida da população, proporcionou uma grande quantidade de perdas humanas e trouxe grandes incertezas sobre o futuro. Orienta-se que cuidar da saúde mental é cada vez mais importante no contexto de uma emergência em saúde pública⁶, procurando não reduzir a problemática em diagnósticos psiquiátricos, exigindo participação ativa de seus atores (gestores, profissionais e usuários) e estratégias que superem a medicalização (Guljor; Amarante, 2020).

As emergências em saúde pública representam contextos que exigem a utilização de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surto e epidemias), de desastres, ou de

⁶ Uma situação de emergência em saúde pública deve ser realizada a gestão de riscos, que envolve um conjunto de decisões discutidas amplamente por órgãos governamentais ou não, com a sociedade, para implantação de políticas e ações que reduzam o impacto dessas situações, conhecendo os riscos e os recursos disponíveis para o manejo da emergência. Assim, para a organização de ações de respostas à situação de emergência destacam-se, entre outros, o monitoramento do evento, mecanismos de coordenação entre os atores envolvidos na resposta às emergências em saúde pública, elaboração de protocolos específicos de ação para a gestão de emergências, visando definir funções e responsabilidades dos profissionais de saúde, bem como o deslocamento de recursos materiais e a capacitação dos profissionais envolvidos na resposta às emergências em saúde (BRASIL, 2014).

desassistência à população reivindicam dos governos o aprimoramento da capacidade de preparação e de resposta, pois as situações de vulnerabilidade social, econômica e ambiental colaboram no risco de impacto à saúde humana. Assim, a preparação e a resposta às emergências reduzem os impactos na saúde pública, direcionado para uma coordenação entre as esferas de gestão do SUS e a integração dos serviços de saúde. (Brasil, 2014).

Gestores foram orientados a propor um plano de cuidado amplo que incluísse aspectos sociais da população (promoção da dignidade e necessidades básicas), fortalecer o vínculo comunitário e familiar (identificação e fortalecimento da rede social do indivíduo), proporcionar apoios específicos não especializados (atendimento e acompanhamento na atenção primária à saúde) e de serviços especializados (desenvolvidos por profissionais de saúde mental). Para isso, cada estado precisa avaliar as particularidades do seu território, ao mesmo tempo que devem desenvolver planos de cuidado em saúde mental que estejam em consonância com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS) (OPAS, 2020; Melo *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020).

As informações e conhecimentos sobre a pandemia devem ser transparentes, atualizados, precisos, breves e simples para controlar a doença e manter a população informada (Machado *et al.*, 2020). Situação essa dificultada pela crise político-institucional que atravessou o Brasil durante a pandemia, onde o Governo Federal, na gestão de Bolsonaro, tensionou com Estados e Municípios por um modelo de enfrentamento à crise, com mudanças frequentes na gestão do Ministério da Saúde que deveria coordenar as intervenções em saúde. Isso gerou a procura da população por outros meios de acesso à informação, muitas vezes não seguros (Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020).

Nesse contexto, é fundamental entender que o problema acarretado nos sistemas de saúde, nas redes e nos serviços locais somam-se com dificuldades relacionadas à (des) coordenação federativa⁷ para lidar com as respostas à emergência sanitária. Por exemplo, podemos citar as medidas de distanciamento social adotadas em todo o mundo, onde no Brasil, não houve um direcionamento por parte do governo federal para adoção nacionalmente, ficando a critério de estados e municípios; mecanismos desordenados para a compra de EPIs, causando disputas entre estados e setor privado pela compra de insumos; além da desvalorização de

⁷ Segundo perspectiva utilizada no ensaio de Vieira e Servo (2020), a coordenação federativa ou intergovernamental é definida como compartilhamento e decisão conjunta entre os entes federativos, garantindo ao mesmo tempo autonomia e interdependência entre eles. Acrescentam que mesmo que os processos de implementação e execução de políticas e serviços sejam descentralizadas, as transferências intergovernamentais e o reconhecimento de instâncias de representação de estados e municípios para a coordenação do SUS são elementos relevantes para a redução de desigualdades.

instâncias de participação nas discussões e tomadas de decisão na pandemia (Vieira; Servo, 2020).

Apesar da estrutura organizativa do Sistema Único de Saúde (SUS) ser descentralizada, tendo a União na função de coordenação e estados e municípios como implementadores das ações, ficou nítido um cenário de descoordenação intergovernamental. Enquanto o Governo Federal abdicava de seu papel de articulador nacional, os Gestores Públicos Estaduais e Municipais demonstravam iniciativas para coordenar serviços e ações assistenciais. Eles buscavam recursos e estratégias para atendimento à população sem um apoio efetivo do Ministério da Saúde. As próprias portarias ministeriais, citadas como instrumentos de indução e direcionamento nacional das políticas públicas, no contexto da pandemia, tiveram pouco espaço para orientação direta aos entes subnacionais, onde alguns Estados e Municípios produziram materiais periódicos para orientar gestores locais para um melhor enfrentamento da pandemia (Censon; Barcelos, 2020).

Diante de um cenário de negacionismo e inércia do governo federal, estados e municípios foram considerados protagonistas na definição de ações e planejamento na pandemia. Mas, reconhece-se a relevância da coordenação federativa em um país como o Brasil, onde diante das ações de enfrentamento à pandemia com ausência de orientação e de suporte estrutural da autoridade sanitária nacional, têm-se uma realidade de disparidades nas capacidades estatais de entes subnacionais (Vieira; Servo, 2020; Oliveira; Fernandez, 2021; Freitas; Pereira; Machado, 2022).

Ademais, os serviços de saúde deveriam ser reorganizados para manter o funcionamento e acompanhamento em saúde mental e acolhimento de novos casos, monitoramento epidemiológico, triagem, encaminhamento e intervenção direcionada, atendimento aos episódios de crise, atendimento online e atualização da disposição de informações sobre o funcionamento dos serviços de forma fácil, segura e rápida para que a população conheça os serviços e possam acessá-los, planejamento estratégico e fornecimento de teleatendimento. Destaca-se a importância do desenvolvimento de uma plataforma oficial e integrada em saúde mental para aconselhamento psicológico (Machado *et al.*, 2020).

O papel da APS foi reforçado na pandemia, a partir do seu caráter essencial de abordagem comunitária e vigilância em saúde para controle de epidemias e na garantia de continuidade do cuidado. Destacando que o cuidado da APS se realiza a partir de sua integração com a rede assistencial, com bons canais de comunicação e cuidado integral, a partir das necessidades da população. A exigência da reorganização de fluxos de trabalho na pandemia deveria estar orientada a partir da preservação de atributos de acesso, longitudinalidade,

coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária (Giovanella *et al.*, 2020).

As ações na APS durante a pandemia foram defendidas em quatro linhas: 1) adotar medidas que interrompessem a expansão da Covid-19, fazendo referência a notificação, detecção e monitoramento dos casos; incentivando ao distanciamento físico; e promoção de ações educativas nos territórios; 2) manejar casos leves da Covid-19, oferecendo suporte clínico, classificação de risco e garantia de transferência para atendimento em outros níveis de atenção quando necessário; 3) oferecer suporte social a grupos vulneráveis, especialmente pessoas sem rede de apoio e com autonomia limitada; 4) e ofertar ações de rotina que garantam a continuidade do cuidado e evitem o agravamento de outras condições de saúde (Medina *et al.*, 2020).

Conforme já destacado, a APS faz parte da RAPS e possui papel importante no cuidado no território de pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais. Nesse sentido, para garantir a continuidade do cuidado em saúde mental na pandemia, também foi proposta algumas recomendações, tais como: identificação das famílias com fatores de risco para adoecimento mental relacionado à pandemia, definidos pela infecção da Covid-19; transtorno mental pré-existente; idade avançada e vulnerabilidade social. Essas condições podem prejudicar a procura dessas pessoas pelos serviços de saúde, indicando a busca ativa por telefone ou visita domiciliar; articulação intersetorial para viabilizar resposta às demandas das famílias em maior vulnerabilidade: tendo em vista a complexidade que envolve pessoas/famílias mais vulneráveis ao sofrimento psíquico, apontou-se a necessidade de manter a articulação intersetorial e da rede de saúde; orientações à população que minimizem o adoecimento mental durante o confinamento, através do compartilhando de orientações seguras e confiáveis para minimizar os impactos do isolamento social, orientação de uma rotina que inclua lazer e atividade física adequadas a situação e estimular a permanência do contato com familiares e amigos através de mecanismos remoto; e apoio para minimizar as barreiras para vivência do luto daqueles que perderam entes queridos: propondo aproximação das equipes de saúde da família com pessoas enlutadas do território, oferecendo apoio e flexibilizando o isolamento social para cada caso e contexto (Nabuco; Oliveira, Afonso, 2020).

Aliado a isso, a atenção especializada também deveria ser potencializada para garantir a permanência de pessoas que já realizavam acompanhamento, além de promover o monitoramento, tratamento e reabilitação das sequelas da COVID-19. A necessidade dos sistemas de ampliar e facilitar acesso aos serviços especializados se torna cada vez mais urgente, mantendo articulação com a APS e garantindo um cuidado integral e longitudinal (Bispo Júnior;

Santos, 2021). Entretanto, alguns desafios foram colocados aos serviços territoriais de saúde mental, que representam equipamentos estratégicos para a demanda de saúde mental. Um desafio central apontado por Lobosque (2021) é de assegurar a continuidade do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico em uma perspectiva antimanicomial ao longo da pandemia de Covid-19. A clínica ampliada antimanicomial se materializa através do acolhimento, do encontro, onde o consultório, medicamentos, psicoterapias são recursos que só fazem sentido quando alinhados ao acolhimento do outro em todos os espaços da vida, diante das variadas práticas que a luta antimanicomial propiciou na assistência em saúde mental. Assim, o distanciamento social não deve significar privação, mas a busca por uma clínica que cuida do outro, apesar de tempos de pandemia.

Assim, como já destacado, o modo psicossocial possibilita um olhar amplo da saúde, com cuidado em liberdade, através de equipe interprofissional, exercendo diálogo com usuários, com práticas direcionadas ao território, na singularidade do sujeito, superando o foco na doença e na eliminação dos sintomas, para além da medicação Costa-Rosa (2000, 2013). Mas com a pandemia de Covid-19, muitos serviços de saúde mental no mundo, bem como no Brasil, tiveram interrupções parciais ou totais do atendimento, prejudicando quem já estava em processo de acompanhamento e quem buscou apoio neste contexto (Cabral, 2022), apresentando-se o desafio de lidar com o sofrimento mental agravado pela pandemia de COVID-19 e pela já fragilizada RAPS.

4. METODOLOGIA

4.1 - Desenho do Estudo

Esta pesquisa se desenvolveu na abordagem qualitativa, exploratória e com inspiração na avaliação de quarta geração. Assim, é direcionada para investigação de grupos e segmentos delimitados, histórias sociais sob a ótica dos atores, relações e análise de discursos e documentos, captando representações, crenças, percepções e opiniões que são produtos das interpretações feitas pelos atores de como vivem, constroem, sentem ou pensam (Minayo, 2007).

A inspiração na avaliação de quarta geração advém da importância de identificar as reivindicações, preocupações e questões com relação ao objeto de avaliação entre os diferentes grupos de interesse. Estes grupos de interesse abrangem representantes ou agentes que produzem ou implementam o objeto de avaliação, os beneficiários que usufruem de alguma forma do objeto de avaliação e as vítimas que são afetadas negativamente pelo uso do objeto de avaliação (Guba; Lincoln, 2011).

Estudos nesta perspectiva se preocupam com a investigação de aspectos sociais da saúde da doença e dos cuidados, como normas culturais, relações de poder, interações sociais e significados (partindo do ponto de vista das pessoas que vivenciam as experiências). Partimos do interesse em entender a forma de pensar de um grupo social sobre um fenômeno, as perspectivas de ações e os efeitos que essa maneira de fazer e pensar têm para a instituição ou sociedade. Consideramos que os cenários onde as pessoas vivem e trabalham também dão sentido ao conhecimento produzido. Nessa perspectiva, o pesquisador deve considerar as práticas e trocas cotidianas inseridas dentro de uma cultura para entender como é feito, quando, como e por quem (Gastaldo, 2021).

Deslandes e Gomes (2004) defendem que os produtos de pesquisas qualitativas são aproximações sucessivas e provisórias da realidade, nas quais o pesquisador possui uma postura não-neutra, atribuindo significado aos fenômenos que interpreta. A interpretação parte da própria interpretação dos sujeitos da pesquisa, onde torna-se possível a articulação de serviços e de seus agentes, pautada no diálogo e no reconhecimento de distintas lógicas culturais que orientam as ações em saúde.

4.2 - Métodos e procedimentos para construção das informações

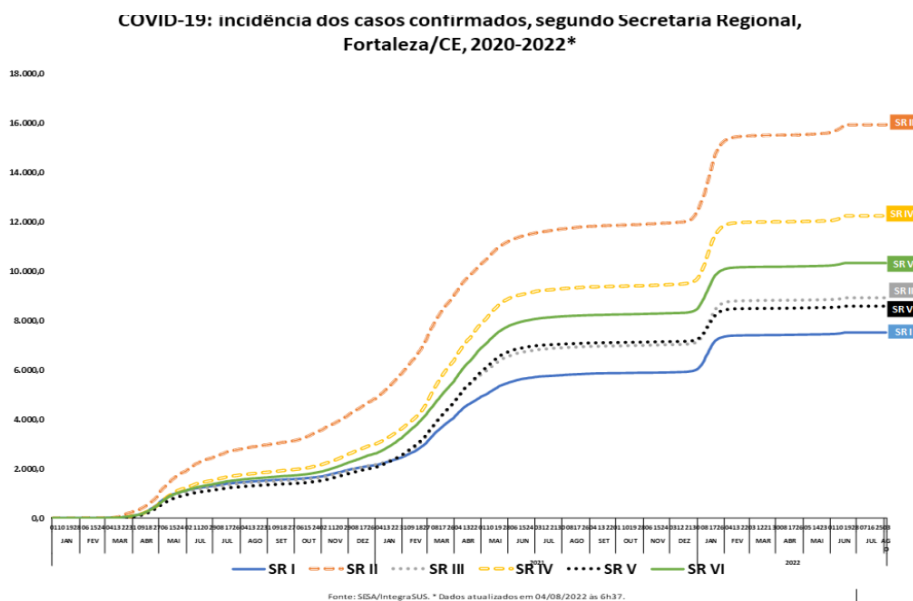
4.2.1 - Campo da pesquisa

O estudo de campo se deu em serviços da RAPS de Fortaleza, capital do estado do Ceará. Fortaleza foi considerada uma das principais portas de entrada para a Covid-19 no Brasil, concentrando os primeiros casos e óbitos, juntamente com São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília e Manaus, sendo o epicentro no Nordeste. Essa situação se explica pelas características como alta concentração e circulação populacional e grandes fluxos e conexões (regional, nacional e internacional) de pessoas e mercadorias (Albuquerque; Ribeiro, 2020).

A cidade possui população estimada para 2021 de 2.703.391 habitantes (IBGE, 2010) e é dividida territorialmente no âmbito da saúde em seis (6) Secretarias Regionais (SR)/Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES). A RAPS de Fortaleza está distribuída em 116 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), 16 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 5 Unidades de Acolhimento (UA), 12 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), 3 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e 470 leitos de internação em hospitais psiquiátricos (CEDECA, 2021).

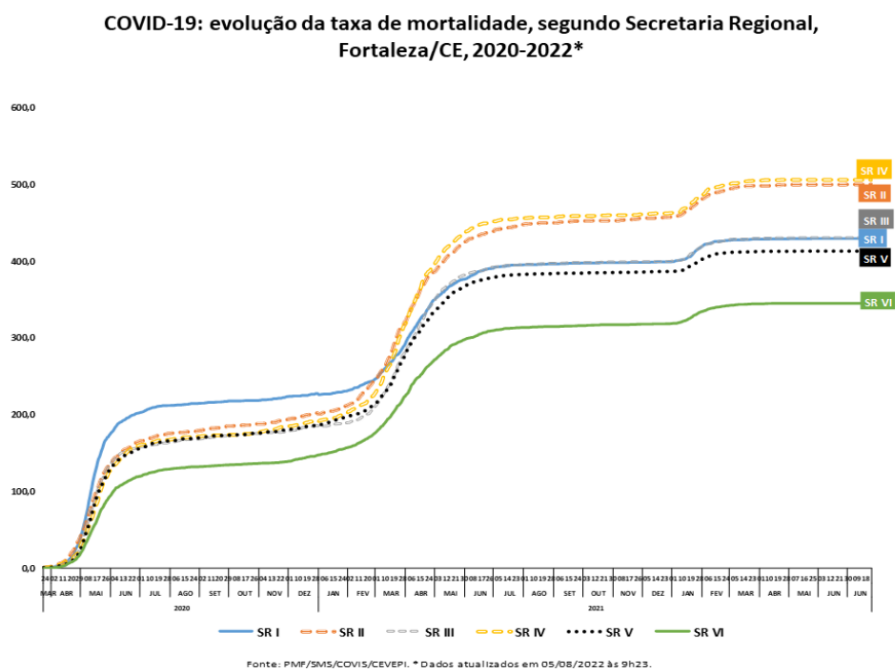
Para aprofundamento, optamos por serviços localizados nos territórios das SR II, pois conforme dados disponibilizados pela Sala de Situação em Saúde, acerca do Novo Coronavírus (COVID-19), de 2020 a 2022, a SR II teve a maior incidência de casos confirmados e o segundo lugar na taxa de mortalidade por COVID-19 (Prefeitura de Fortaleza, 2022b), tendo sido o epicentro da doença logo no início da pandemia, podendo contribuir para ocorrência de sofrimentos ou agravamentos psicossociais e mudanças relevantes na dinâmica dos serviços de saúde. Além disso, a referida regional foi local de prática profissional e formativa como residente em saúde mental (2018-2020), colaborando para um conhecimento prévio da dinâmica e território dos serviços.

Figura 1 - Incidência de casos de COVID-19 em Fortaleza por Secretaria Regional, de 2020 a 2022



Fonte: Sala de Situação em Saúde-Novo Coronavírus (COVID-19) com dados atualizados até 05/08/2022, disponibilizado na Prefeitura de Fortaleza (2022b).

Figura 2 - Evolução da taxa de mortalidade em Fortaleza, segundo Secretaria Regional, de 2020 a 2022



Fonte: Sala de Situação em Saúde-Novo Coronavírus (COVID-19) com dados atualizados até 05/08/2022, disponibilizado na Prefeitura de Fortaleza (2022b).

O território da SR II possui uma variedade de serviços de saúde: 12 UAPS com 47 equipes de saúde da família (eSF) e 4 Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), um

CAPS Geral, dois CAPSad, 1 RT, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), uma UA Infantojuvenil, estes equipamentos públicos são vinculados à Prefeitura Municipal de Fortaleza. Caracteriza-se como a quarta regional mais populosa da cidade (395.593 habitantes), com 21 bairros, de grande concentração de população idosa. O cenário apresenta pontos turísticos de Fortaleza, “convivendo” com espaços da população em situação de vulnerabilidade social. Representando assim: *“um mosaico de contrastes urbanos e desigualdades sociais, observando-se em alguns bairros de melhor IDH da cidade, bolsões de miséria onde a população está precariamente assentada”* (Prefeitura Municipal de Fortaleza, 2020a, p.13).

Elencamos para fins de pesquisa de campo, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e a Coordenadoria Regional de Saúde (CORES), responsável pela gestão da política em Fortaleza; e os serviços da RAPS: Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), consideradas coordenadoras do cuidado no desenho da Rede de Atenção à Saúde; e o Centro de Atenção Psicossocial Geral (CAPS Geral), que oferece atenção especializada em saúde mental e considerado serviço estratégico no modelo de atenção psicossocial para atendimento a transtornos mentais graves, severos e persistentes em adultos.

A partir de conversas iniciais com gestores e trabalhadores do CAPS Geral em novembro/2022, foram indicadas duas unidades de APS: UAPS Aída Santos e UAPS Irmã Hercília. A primeira, foi considerada unidade sentinela para a realização de testes de Covid-19, e a segunda, é uma unidade de referência para vacinação de rotina e contra a Covid-19, inclusive aos fins de semana na capital cearense. Além disso, as referidas unidades foram apontadas por manterem boa articulação entre as equipes das UAPS e do CAPS Geral da CORES 2, com a ocorrência de matriciamento em saúde mental entre os serviços.

Em relação aos equipamentos pesquisados, conforme dados da Prefeitura de Fortaleza e do Relatório técnico de dimensionamento da força de trabalho para saúde do município (Carvalho; Nascimento, 2020), a UAPS Aída Santos atende parte do território do Vicente Pinzon com uma população de 19.626 pessoas, onde 13.738 pessoas (70%) não possuem planos privados de saúde. A unidade possui quatro eSF e sem equipe NASF durante a pandemia. Já a UAPS Irmã Hercília atende o território do São João do Tauape, com destaque para a comunidade do Lagamar (alta vulnerabilidade), com uma população de 40.093 pessoas, destas 28.065 (70%) também não contam com planos privados de saúde, com oito eSF e possuindo equipe NASF durante a pandemia (composta por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e psicólogo).

Já os CAPS são serviços de saúde mental abertos destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais severos e persistentes de diferentes tipologias, de acordo

com o público-alvo, e diferentes portes, de acordo com a população (Brasil, 2022a). O equipamento desta pesquisa é um CAPS Geral do tipo II (população acima de 70.000 habitantes) que atende adultos com transtornos mentais do território da CORES II, localizado no bairro Aldeota. O equipamento funciona de segunda a sexta de 8h às 17h, tendo sido anteriormente um CAPS tipo III com funcionamento 24 horas (municípios com mais de 500 mil habitantes). Os motivos para interrupção deste serviço (2019), que funcionava todos os dias da semana, com acolhimento inclusive nos feriados e finais de semana, foram problemas com a estrutura física e perspectiva de mudança de espaço para outro imóvel, situação esta aguardada desde antes da conjuntura de emergência sanitária. O CAPS Geral manteve seu funcionamento durante toda a pandemia de Covid-19, com atendimento de equipe multiprofissional constituída de psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

4.2.2 - Instrumentos e participantes da pesquisa

Esta pesquisa utilizou-se de fontes primárias de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas consistem em uma conversa com finalidade, onde a utilização de roteiro semiestruturado (Apêndice A e B) deve nortear a interação entre pesquisador e entrevistado. O participante é estimulado a relatar sobre o tema, não necessitando se ater apenas à pergunta indagada. Essa forma de interação social viabiliza um diálogo com o participante a partir de sua reflexão acerca da vivência sobre o assunto (Minayo, 2009).

As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2022 a abril de 2023, com **26 participantes** (sete representantes da gestão, sete trabalhadores do CAPS Geral e doze trabalhadores das UAPS), seguindo critérios de inclusão para escolha dos participantes: atuação como gestor ou trabalhador em serviços públicos das UAPS e CAPS Geral da CORES 2, bem como, da gestão da política municipal de APS e saúde mental de Fortaleza no contexto da pandemia (entre março de 2020 a março de 2022). Foram excluídas da pesquisa pessoas que não trabalharam no serviço durante a pandemia, afastadas dos serviços no período das entrevistas e que não aceitaram participar da atividade. A título de informação, três trabalhadores (um profissional do CAPS e dois profissionais das UAPS), bem como, dois gestores não deram retorno ao convite para participação na pesquisa e um gestor não aceitou a participação na entrevista.

É importante destacar que não foi considerado todo o quantitativo de atores e serviços existentes nos referidos locais, com a definição dos participantes de maneira intencional (não-probabilística), a partir do conhecimento prévio sobre a importância ou particularidades do território, circunstâncias de conveniência e de facilidade para acessar

peças, situações – a serem observadas – e/ou lugares (Flick, 2009). Os procedimentos para estabelecer o tamanho da amostra foram guiados pela riqueza e profundidade da análise, com vista para a qualidade da co-construção do material empírico pela relação dos pesquisadores com os sujeitos da pesquisa. Dessa forma, o número de informantes foi avaliado continuamente, conforme análises preliminares eram desenvolvidas, para garantir variabilidade e poder de informação (*information power*) suficiente para elucidar o objetivo do estudo (Malterud; Siersma; Guassora, 2016).

Aliado às entrevistas foi utilizada a análise documental como complemento. Conforme Flick (2009), os documentos podem colaborar para compreensão de realidades sociais e contextos das instituições, representando instrumentos de comunicação que atendam determinados objetivos, em um determinado contexto e levando em conta quem produziu e quem os utilizou para determinar uma amostra de documentos adequada aos objetivos da pesquisa. A análise documental como técnica para o tratamento dos dados, tem o objetivo de transformação das informações, visando compreendê-las e relacioná-las com os demais dados oriundos de outras fontes (Souza; Kantorski; Luís, 2011).

Os documentos referentes à Rede de Atenção Psicossocial foram identificados no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde (MS), estadual pela Secretaria de Saúde do Ceará (SESA) e municipal pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS). Foram de interesse, os documentos que fizeram referência às normas e recomendações públicas para organização das UAPS e CAPS na RAPS no contexto da pandemia de COVID-19, entre março de 2020 a março de 2022. Foi realizado levantamento de dezenove documentos, onde nove foram nacionais (descritos no quadro 1); sete estaduais (descritos no quadro 2); e três municipais (descritos no quadro 3).

Quadro 1 - Documentos nacionais orientadores da RAPS no contexto da pandemia de Covid-19

DOCUMENTO OFICIAL	CONTEÚDO
PORTARIAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE)	
Portaria nº 2.516, de 21 de setembro de 2020.	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19.

Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020.	Institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19
PROTOCOLOS/PLANOS DE CONTINGÊNCIA	
Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS (versão 7, abril de 2020).	Orientações sobre manejo e controle da Covid-19; disponibilização de instrumentos para orientação clínica para profissionais.
NOTAS TÉCNICAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE)	
Nota Técnica nº 12/2020-CGMAD/DAPES/SAPS/MS de 30 de março de 2020.	Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2)
Nota técnica nº41/2020 - CGMAD/DAPES/SAPS/MS, de 07 de outubro de 2020 (atualização da nota técnica nº12/2020).	Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da Covid-19 causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2)
NOTA TÉCNICA Nº 31/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS	Orientações preliminares sobre "condições pós covid".
GUIA ORIENTADOR (CONASS, CONASEMS)	
Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. (CONASS, CONASEMS, 2020a).	Instrumento Orientador visando sistematizar ações para apoio aos Gestores Estaduais, Municipais e trabalhadores do SUS no enfrentamento da pandemia da Covid-19.
Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde 3ª edição (CONASS, CONASEMS, 2020b).	Atualizações relativas à Segurança do Paciente e Reabilitação pós Covid-19. Orientações para as ações dos Agentes Comunitários de Saúde no enfrentamento da pandemia (Anexo VIII) e sobre Telemedicina/Teleassistência (Anexo VI). Além do Check list da rede Materno Infantil (Anexo V), novas portarias do Ministérios da Saúde e atualizações técnicas.
Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde 4ª edição (CONASS, CONASEMS, 2021c).	Atualização dos guias anteriores acrescentando informações sobre variante do vírus SARS-CoV-2, reinfeção, vacinas, fluxogramas para atenção hospitalar perinatal e atualizadas as informações sobre, diagnóstico, avaliação de risco, APS, gestantes, saúde

	bucal, saúde mental, baseadas em Notas Técnicas, Guias e outros materiais elaborados pelo MS, ANVISA, CONASS, CONASEMS, sociedades científicas, etc
--	---

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2 - Documentos estaduais orientadores da RAPS no contexto da pandemia pela Covid-19

DOCUMENTO OFICIAL	CONTEÚDO
NOTAS TÉCNICAS ESTADUAIS	
Nota Técnica 01/2020 COPOM/SEPOS/SESA: 19 de março de 2020.	Orientações e esclarecimentos aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante o período de Emergência em Saúde Pública no estado do Ceará, nos termos do Decreto nº 33.511, de 16 de março de 2020, referente ao surto de COVID-19.
Nota Técnica 02/2020 COPOM/SEPOS/SESA: 16 de abril de 2020.	Versão Revisada da Nota Técnica nº 01/2020 COPOM/SEPOS/SESA: 19 de março de 2020.
Nota Técnica 04/2020 COPOM/SEPOS/SESA: 23 de junho de 2020.	Recomendações aos serviços que compõem a RAPS, com destaque para os CAPS.
Nota Técnica 05/2020 COPOM/SEPOS/SESA: 30 de junho de 2020.	Fornecimento de informações necessárias para atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e alimentação mensal do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/DATASUS), além de acompanhamento de indicador de Matriciamento.
Nota Técnica 06/2020 COPOM/SEPOS/SESA: 05 de agosto de 2020.	Esclarecimentos sobre o papel da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (EMAESM), além de subsídios sobre a implantação destas equipes pelos Municípios, articulando essa estratégia como parte dos cuidados em Saúde Mental, com foco na Atenção Psicossocial.

Nota Técnica 02/2021 COPOM/SEPOS/SESA: 12 de março de 2021.	Orientações às equipes dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) durante o período de Emergência em Saúde Pública no estado do Ceará, nos termos do Decreto n 33.510, de 16 de março de 2020, referente à pandemia da COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).
Nota Técnica 06/2021 SESA: 05 de julho de 2021.	Orientações para os municípios que receberam incentivo do governo federal em caráter excepcional e temporário para ações em CAPS do Ceará.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 3 - Documentos municipais orientadores da RAPS no contexto da pandemia pela Covid-19

DOCUMENTO OFICIAL	CONTEÚDO
Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA (VERSÃO 14 e 15, Atualização: 05/10/2020 e 17/11/20)	Propõe estratégias previstas que contemplam o conjunto de ações das redes assistenciais, atenção primária, urgência/emergência, rede hospitalar, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde, bem como, ações de comunicação, mobilização e divulgação.
Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA (março, 2022)	O referido protocolo incorpora orientações para a abordagem clínica da infecção por coronavírus, manejo da insuficiência respiratória aguda por covid-19 na Atenção Primária à Saúde, monitoramento clínico, métodos complementares, tratamento clínico e fluxograma de atendimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
Plano de Contingência da RAPS de Fortaleza (abril/2020).	Recomendações à Rede de Atenção Psicossocial - RAPS sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus (sars-cov-2).

Fonte: elaboração própria.

4.3 Análise, organização e apresentação das informações

A análise da pesquisa abrange a descrição e interpretação das informações coletadas, podendo ocorrer desde a etapa da coleta de dados. O uso de categorias (elementos e aspectos comuns ou que se relacionam entre si) são utilizadas para estabelecer classificações, agrupando ideias ou expressões capazes de abranger tudo isso (Gomes, 2002).

Seguindo essa definição, antes do trabalho de campo, foram estabelecidas as categorias teóricas de atenção psicossocial, política de saúde mental, rede de atenção à saúde e saúde mental na pandemia de COVID-19, representando conceitos gerais e mais abstratos, vinculados à atenção psicossocial, rede de atenção à saúde e pandemia de Covid-19.

Para a análise, foi adotada a perspectiva hermenêutica-dialética. A hermenêutica ocupa-se da arte de compreender textos, em um sentido amplo, como biografias, entrevistas, documentos, livros, artigos etc. Compreender pressupõe a possibilidade de interpretar, estabelecer relações e obter conclusões. Dialeticamente, a fala deve ser entendida a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida (Minayo, 2004). Os passos operacionais para essa análise, proposta por Minayo (2004) e ratificada por Gomes (2002), foram:

1º) Ordenação dos dados: reunião de todo o material obtido na pesquisa de campo. No caso deste trabalho, as transcrições de entrevistas, documentos utilizados, releitura do material, organização dos dados das entrevistas e documentos na ordem da proposta analítica.

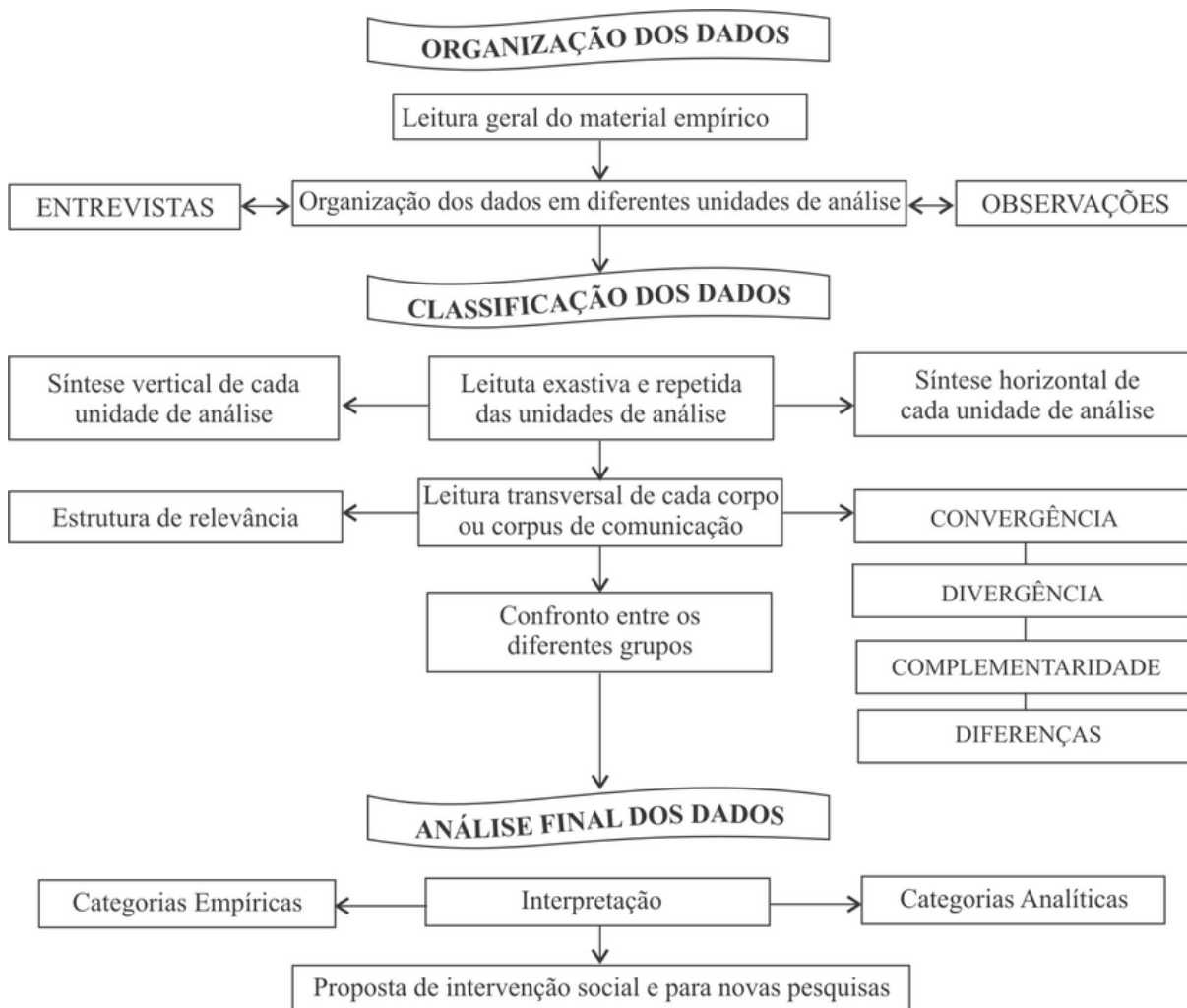
2º) Classificação dos dados: o dado é algo construído, através da relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo e das informações empíricas e referências teóricas do investigador. Compõe-se pela etapa de leitura exaustiva e repetida dos textos, identificando nos atores sociais as ideias centrais e momentos-chave do tema, confrontando categorias empíricas e analíticas. E pela etapa de constituição de um 'corpus' ou vários "corpus" de comunicações se o conjunto de informações não for homogêneo. Assim, considera-se que grupos diferentes possuem perspectivas diferentes, devendo realizar uma "leitura transversal" dessas perspectivas variadas. Cada entrevista ou documento deve ser "recortado" em tópicos de informação ou temas, para em seguida, fazer um enxugamento com classificação de temas mais relevantes que podem aparecer. A relevância de um

tema é construída a partir da elaboração teórica e evidências encontradas.

3º) Análise final: estabelecimento de articulação entre os dados encontrados e referenciais teóricos da pesquisa, respondendo aos objetivos da pesquisa, promovendo relações entre o concreto e abstrato, geral e particular, teoria e prática.

Para a aplicação desse processo de análise foi utilizado o fluxograma analisador proposto por Assis e Jorge (2010):

Figura 3 - Fluxograma analisador da perspectiva hermenêutica-dialética



Fonte: Assis e Jorge (2010).

A etapa de organização dos dados envolveu a transcrição de 17h03min de tempo de áudios das entrevistas, acumulando 237 páginas, com leitura geral do material empírico, destacando os temas contemplados em observações, entrevistas e documentos.

Na classificação dos dados, foi feita uma leitura exaustiva do material, recortando e sintetizando cada unidade de análise, com ideias centrais sobre o tema (núcleos de sentido). Para apoiar o processo de análise, com a definição de categorias centrais e relevantes da pesquisa foi utilizado o software Atlas Ti. Levando em consideração que o software na pesquisa qualitativa auxilia na oferta de instrumentos para deixar a pesquisa mais cômoda, mas não realiza a análise e nem substitui o uso de um método para a análise do material (FLICK, 2009). Assim, foram construídos quadros de análise para cada grupo de entrevistados, os participantes foram definidos em três grupos:

- **GRUPO 1:** formado por **sete** representantes da **GESTÃO** que atuaram no contexto da pandemia de COVID-19 (2020-2022) na SMS/Célula de Atenção à Saúde Mental/Célula de Atenção Primária à Saúde e CORES II; gerentes e/ou diretores de UAPS e CAPS Geral (SR II). As citações dos informantes do grupo 1 aparecerão dispostos neste trabalho com a identificação de **Gestor RAPS** enumerados de **1-7**.
- **GRUPO 2:** formado por **sete** representantes dos **TRABALHADORES** de nível superior que atuaram no contexto da pandemia de COVID-19 (2020-2022) na atenção especializada da equipe do CAPS Geral (SR II). As citações dos informantes do grupo 2 aparecerão dispostos neste trabalho com a identificação de **Trabalhador CAPS** enumerados de **1-7**.
- **GRUPO 3:** formado por **doze** representantes dos **TRABALHADORES** de nível superior e médio que atuaram no contexto da pandemia de COVID-19 (2020-2022) na atenção primária à saúde em eSF das UAPS (SR II). As citações dos informantes do grupo 3 aparecerão dispostos neste trabalho com a identificação de **Trabalhador UAPS** enumerados de **1-12**.

Estabelecemos a ideia de cada participante (síntese vertical), bem como, do conjunto de entrevistados do mesmo grupo (síntese horizontal). Posteriormente, foi realizada uma leitura transversal, identificando o confronto entre os grupos (convergências, divergências, complementaridades e diferenças) e realizando a filtragem dos temas mais relevantes, relacionados ao objeto de estudo, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos.

Para a análise final dos dados, foi feita uma triangulação de dados empíricos com o referencial teórico norteador, a partir da análise de todo o material disponível e experiência dos pesquisadores, constituindo as seguintes categorias de análise: **1) desafios da RAPS anteriores a pandemia de Covid-19; 2) implicações na atenção psicossocial em serviços de saúde**

mental territoriais com a pandemia de Covid-19 e 3) desafios da RAPS na pandemia de Covid-19 e caminhos para a reestruturação da rede no pós-pandemia.

4.4 Considerações éticas

Foram respeitados os aspectos exigidos da pesquisa com seres humanos, previstos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde nº 466/12 e de nº 510/2016, onde os participantes forneceram autorização para a pesquisa após leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D), concordando em participar do estudo.

As entrevistas foram feitas presencialmente, conforme disponibilidade e aceitabilidade dos participantes, com a gravação do áudio e posterior transcrição. No convite aos participantes, foram esclarecidos os objetivos, garantindo aos mesmos o sigilo e o compromisso ético de mantê-los no anonimato.

A pesquisa apresentou riscos de constrangimento para os entrevistados, onde caso necessário, seriam feitas orientações e encaminhamentos para serviço de apoio. Apresentaram-se como benefícios diretos, dar voz aos atores que gerenciam e executam a política de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, e indiretos, auxiliar no conhecimento da atenção em saúde mental e os impactos para os serviços no contexto da pandemia de COVID-19, bem como da reestruturação dos serviços pós-pandemia.

O projeto passou por aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), através da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP-UFC), através da Plataforma Brasil, base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos, com CAEE 63994622.2.0000.5054.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

5.1 - Desafios da RAPS anteriores a pandemia de Covid-19

Nesta seção, apresentamos as análises desta pesquisa acerca da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Fortaleza, que já enfrentava desafios relevantes para sua efetivação. Essa perspectiva é relevante para se entender o cenário posto para trabalhadores e gestores com a chegada da pandemia de Covid-19.

Um ponto de partida importante indicou-se com a pergunta disparadora aos sujeitos desta pesquisa de “como é trabalhar ou ser gestor de um serviço da RAPS de Fortaleza?”, direcionando os participantes às suas experiências e perspectivas de trabalho em serviços inseridos na lógica da RAPS. Notou-se certo estranhamento com esta questão, principalmente para os atores da APS, com a necessidade de reformular a pergunta para “como é trabalhar com a demanda de saúde mental?”. Mais do que uma questão de entendimento, tal estranhamento nos indicou certo questionamento do papel dos dispositivos dentro da RAPS para seus gestores e trabalhadores.

Uma compreensão a partir das análises do material é a de que a demanda de saúde mental chega às UAPS mais por serem porta de entrada das demandas de saúde em geral e pela proximidade do território e de seus usuários, e menos pela lógica de inserção na RAPS como dispositivos ordenadores do cuidado em saúde mental, atribuindo esta responsabilidade aos CAPS. Assim, ao mesmo tempo em que se percebe a potencialidade no reconhecimento da APS na proximidade do território e da ampla gama de demandas e necessidades de saúde, notamos a permanência da centralidade do CAPS na lógica de rede e do cuidado em saúde mental.

Aspectos da integralidade da atenção (a partir da APS) e da reprodução social (efetivada no território) podem sofrer prejuízos por conta de uma interpretação errônea da centralidade do CAPS e perspectiva médico-centrada na RAPS (Amaral; Bosi, 2013). Ao se colocar serviços especializados como lugar de cuidado em saúde mental, coloca-se à margem do processo saúde-doença-cuidado os demais dispositivos que compõem a rede, desconsiderando a relevância destes para a continuidade do cuidado no território. A essência do cuidado em rede se dissolve no domínio da especialidade e do saber-poder médico psiquiátrico, tido como um dos grandes paradoxos da RAPS (Lima; Guimarães, 2019b).

Conforme defendido por Amaral e Bosi (2013), a partir da definição dos serviços de saúde como unidades mínimas na análise das RASs, essas demarcações devem considerar aspectos geográficos e do tipo de demanda destinada a cada serviço, de acordo com sua proposta de cuidado e nível de complexidade tecnológica. Apesar do entendimento de que casos

leves/comuns devem ser atendidos na APS e casos graves nos CAPS, notamos discordâncias acerca das responsabilidades dos dispositivos da RAPS, existindo um vácuo para atendimentos dos casos moderados, encaminhamentos frequentes de casos que, em tese, seriam de responsabilidade do nível primário; além do usuário com demanda de saúde mental que retornaria do encaminhamento do serviço especializado, seja por fila de espera para avaliação pelo psiquiatra ou por não ser considerado “perfil” do CAPS, foi referido como “*paciente que sobrecarrega a unidade*” [UAPS] (Trabalhador UAPS 4).

Além dos encaminhamentos, dificuldades emergiram diante do atendimento de uma ampla gama de programas previstos para APS. Assim, a ausência de uma agenda formal na APS direcionada ao cuidado em saúde mental foi destacada, percebendo-se dificuldades em encaixar esta dentro da agenda cotidiana dos profissionais das eSF. Muitas vezes, o atendimento à saúde mental na APS é tido como um acréscimo de demanda (Hirdes; Scarparo, 2015), apesar do papel da atenção básica e da ESF na saúde mental ser indicado em diversos documentos legislativos, normativos e técnicos do SUS (Wenceslau; Ortega, 2015). Entretanto, essa perspectiva reforça uma prática fragmentada, pois problemas de saúde mental são comuns no cotidiano da APS, além de tal nível de atenção ser um dos pontos cruciais da RAPS, sendo necessário mais do que uma abertura no espaço das agendas dos profissionais, uma construção de uma agenda permanente, interprofissional e intersetorial, já que saúde mental é uma política transversal (Cabral, 2022).

Para os trabalhadores das UAPS, a existência de especialidades no CAPS que são relevantes no cuidado colabora para melhores intervenções em saúde mental. Percebemos, em alguns respondentes, a visão da saúde mental como especialidade essencial de psicólogos e psiquiatras, ampliando a lógica do encaminhamento para os CAPS, com isso colaborando para a sobrecarga dos serviços especializados. Assim, a inserção de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) na APS é relevante para promoção de estratégias que viabilizem aos profissionais da ESF uma familiarização das demandas de saúde mental, a partir da inserção de profissionais de diferentes formações com a proposta de trabalhar com apoio matricial e articulação intersetorial (Gama *et al.*, 2021).

Sobre a implementação de equipes NASF no território da pesquisa, nos deparamos com algumas questões relevantes. A primeira é que em uma das UAPS pesquisadas foi referido a falta de uma equipe permanente no serviço e de ausência de profissionais relevantes para atender a demanda da saúde mental, como psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais.

Se a gente tivesse o NASF aqui, seria excelente. Porque o NASF dá um suporte de ir na escola, dá um suporte de trabalhar em grupo, né? Fazer a territorialização, saber os espaços sociais que existem, trabalhar com essa clientela [...]. Então, o NASF é

importantíssimo. [...] Se tivesse um NASF maior que estivesse em um pólo para trabalhar com essas [UAPS], né? Se tivesse um psicólogo, um assistente social pra trabalhar essas demandas durante a semana toda, já ajudava muito, né? Sinceramente, eu acho negligência, eu acho vergonhoso [a falta desses profissionais]. Porque são profissionais que ajudariam muito na questão de trabalhar a parte de saúde mental, na parte social da unidade de saúde da família. A gente não consegue, enfermeiro e médico, trabalhar uma demanda de saúde mental reprimida, a questão é repressão. Não tem, e muitas pessoas poderiam ser ajudadas só na questão do acompanhamento individual e de grupo (Trabalhador UAPS 5).

Os respondentes referiram que a unidade básica somente possui equipe NASF quando é utilizada como cenário de campo de formação da Residência Multiprofissional. Apontando que nessas condições é que existiria a possibilidade de garantir suporte ampliado à demanda de saúde mental na APS. Na ausência desta equipe, indicou-se que o que sobra é apenas o suporte medicamentoso para lidar com a demanda: *“a gente não consegue, e aí, vamos medicalizar o povo. Vamos dar remédio, aí o povo [vai] cada vez [mais] piorando, aumentando a medicação, tomando mais remédio. Porque não tem esse trabalho nem individual do psicólogo, do serviço social, e nem de grupo”* (Trabalhador UAPS 5).

O segundo ponto, referente à segunda UAPS, é de que mesmo possuindo equipe NASF, foi identificado o problema com a alta rotatividade de profissionais, por conta de contratos de trabalho temporários, dificultando o suporte dos casos de sofrimento psíquico no âmbito da APS e vínculo com a população do território e com as equipes da unidade.

Esses resultados indicam que a falta de elementos para lidar com a complexidade das demandas torna a assistência restrita a viabilização da medicação e atendimento somente com médicos e enfermeiros, apontando a necessidade de se desenvolver estratégias relevantes de saúde mental para além do atendimento individual e medicamentoso no consultório e existindo uma lacuna na retaguarda dos CAPS para ajuste de medicação, orientações especializadas e intervenções mais amplas.

A maior dificuldade é não ter uma agenda que trabalhe a questão da saúde mental dos pacientes que precisam disso. São muitas pessoas que precisam não só de atenção medicamentosa. Assim, pessoas que a única forma que o médico tem, muitas vezes, de tapar essa lacuna, é medicar. E são pessoas que precisariam muito da gente trabalhar a questão de grupo, né? Trabalhar o grupo com essas pessoas, não só aqui do posto, fora do posto. Trabalhar essas questões da saúde mental, das questões também da saúde, dos chás, né? Outras alternativas, até as PICS, né? Tinha muita coisa, tem muito com que se trabalhar... e até tem no nosso prontuário, mas a agenda, ela não comporta, né? Porque a prioridade são os acolhimentos, é a medicação (Trabalhador UAPS 5).

Pois é, desafio é isso, né? É a gente ter que trabalhar com uma dinâmica que não colabora. E, ao mesmo tempo, é uma demanda que em todas as outras categorias está presente. Porque você tem hipertenso com problema de saúde mental, você tem uma gestante com problema de saúde mental, né? Então, é uma agenda difícil. Então, o desafio é conseguir absorver essa população numa unidade de saúde, onde a gente não tem respaldo especializado (Trabalhador UAPS 6).

Muitas vezes a gente esbarra na questão social e não tem o que fazer. Então, o que fazer é, ao menos, fortalecer um por um, mentalmente, psicologicamente, das saídas, das alternativas de fortalecimento, para que ele, individualmente, possa suportar. Porque, socialmente falando, a gente não tem poderes para mexer na realidade deles. Mas a gente pode, um a um, ir trabalhando de formiguinha, um a um, para fortalecer, para tentar dar suporte, para ele suportar a realidade. Não é fácil conviver diariamente com a fome, a miséria, a drogadição, a criminalidade, os homicídios, o canal que é fedorento, o alagamento, tudo (Trabalhador UAPS 7).

Nesse sentido, a integração proposta pela RPB direciona-se à construção de uma rede que efetive uma articulação de seus serviços abertos, bem como, atendendo as necessidades mais amplas da vida das pessoas (determinantes sociais) e respondam à complexificação do sujeito/objeto de intervenção do sistema de saúde. Isso seria possível através de intervenções que perpassam o âmbito psiquiátrico/psicopatológico e com a constatação de que as necessidades não se restringem ao aspecto “mental”, pois as demandas de pessoas com “problemas de saúde mental” integram necessidades sociais e de saúde da população em geral (Amaral; Bosi, 2013).

Foi comum a ausência de NASF nas UAPS da Regional II pesquisadas, indicando um desfalque nas equipes de apoio no suporte em saúde mental. Assim, o trabalho preventivo e de cuidado aos casos leves na APS se tornaria insuficiente, acabando por agravar a situação de saúde das pessoas e aumentando a demanda do serviço especializado, já que os casos leves não teriam o devido suporte.

Pois é, na verdade, o que eu sei é que nos últimos anos ficou bem desfalcada as equipes de NASF. Não era incomum a gente entrar em contato com uma equipe de atenção básica que não tivesse profissionais do NASF né. Às vezes tinha um ou outro, [mas] não teve muito investimento nos últimos anos. E assim, [existe] uma busca maior pelo serviço [UAPS], eu acho que também a desarticulação das equipes de NASF gerou impacto também nisso né, porque se a pessoa não tem essa assistência enquanto o caso ainda não tá grave, uma hora pode se agravar, e vai chegar até a atenção especializada, né. Então, acho que isso é algo a ser questionado na política de saúde mental, precisa ser fortalecido e mais disseminado que saúde mental não se reduz ao CAPS né. Precisa ser mais evidente que saúde mental ela tá dentro da atenção básica, a saúde mental não tá só dentro do CAPS (Trabalhador CAPS 1).

Segundo informações repassadas pela gestão, existem quatro equipes NASF para o território da Regional II que fazem referência a seis UAPS, de um total de doze unidades existentes. Apesar de gestores entrevistados reconhecerem a importância do NASF para articulação com os CAPS e o atendimento da demanda de saúde mental na APS e optarem em permanecer com equipes NASF em Fortaleza, mesmo com o fim da indução financeira pelo Governo Federal⁸ (Nobre; Pereira; Faria, 2023), indicaram, todavia, que não estaria ao alcance

⁸ Conforme Nota Técnica n° 31 de setembro de 2023, lançada pelo Instituto de Estudos para Política de Saúde (IEPS), até janeiro de 2020, o governo federal financiou a implantação de equipes NASF nos serviços da APS dos municípios. O incentivo federal exigia a vinculação das equipes ao número de eSF, proporcionando a ampliação da força de trabalho multiprofissional na APS e estímulo ao matriciamento como estratégia assistencial (NOBRE, PEREIRA, FARIA, 2023). Entretanto, com a Nota Técnica Federal (DESF, SAPS, MS) n°3 de 2020 e Implantação

deles garantir a implantação dessas equipes nas unidades, assinalando a ausência do financiamento federal e a decisão da gestão municipal como impasses relevantes. Essa situação se desdobra no cotidiano das unidades enquanto insuficiência de implementação, dissensos na assistência e na gestão do trabalho, com equipes incompletas e condições de trabalho precarizadas, dificuldades na ampliação da contratação e na fixação dos profissionais, prejudicando o vínculo comunitário e o cuidado longitudinal.

Na literatura, reconhece-se na APS, o trabalho das eSF em parceria com o NASF como espaço fundamental de apoio na produção do cuidado em saúde mental, seja pela promoção de educação permanente, seja pela proposta de ser articulador/mediador de ações no campo da saúde mental, tendo como atribuições a elaboração de projetos terapêuticos singulares e atendimentos compartilhados junto às eSF. A proposta das equipes NASF incidiu na perspectiva integral com a rede de serviços de saúde, com a valorização da troca entre diferentes profissões e serviços (Santos; Bosi, 2021).

Entretanto, lacunas são presentes, mesmo antes da emergência sanitária, reforçadas por problemas estruturais, como a superação da lógica de referência e contrarreferência e compartimentalização do cuidado, com tentativas de diálogos coletivos propulsores de discussões, planejamentos, pactuações e avaliações dos processos de trabalho em conjunto (Santos; Bosi, 2021); e políticas de descaracterização do NASF, em destaque ao Programa Previne Brasil, com redução de equipes, fim do financiamento discricionário e indução de alternativas que privilegiam a dimensão clínico-assistencial em detrimento da técnico-pedagógica (Giovanella; Franco; Almeida, 2020; Mattos; Gutiérrez; Campos, 2023; Rosa-Cómitre *et al.*, 2023).

Em relação ao CAPS Geral, destaca-se que o serviço especializado se compõe, na prática, por várias responsabilidades. Pois, além de atender a demanda de casos graves, acaba atendendo a demanda de casos leves, não captados na APS, também permanecem com usuários que se encontram estabilizados que poderiam dar prosseguimento do cuidado da APS, indicando falta de preparo das UAPS para lidar com a demanda. Deste modo, esse leque ampliado de público do serviço, na prática, geraria uma absorção de atendimentos para além de sua capacidade, com maior necessidade de desenvolver o papel da APS no cuidado à saúde mental, visando a distribuição das demandas, a partir do cumprimento das responsabilidades de cada nível de atenção.

do novo programa de financiamento da APS (Previne Brasil -Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019), o incentivo federal para as equipes NASF foi descontinuado, deixando a critério dos municípios a sua permanência e financiamento.

Mesmo antes da pandemia, o serviço especializado foi indicado como local que efetivamente oferece cuidado em saúde mental, mas por ser a principal referência também receberia grande parte do direcionamento da demanda, não tendo capacidade para o grande volume de atendimentos, prejudicando o suporte permanente aos casos realmente graves e persistentes.

A gente tem uma grande dificuldade, né? Na rede de assistência em saúde mental, o acesso, de uma forma geral, se entende o CAPS como o único equipamento que efetivamente oferece cuidado em saúde mental. Então, todo mundo é direcionado para o CAPS e a gente não tem pernas para isso. A gente não tem como estar colhendo toda essa demanda.[...] Então, no dia a dia, a gente observa isso e a gente percebe que essas pessoas não estão sendo cuidadas. [...] A gente também não consegue fazer aquilo que o CAPS foi criado para ser, uma rede substitutiva do hospital psiquiátrico. Então, a gente acaba tendo uma demanda muito grande de pacientes com sintomas ansiosos, sintomas depressivos, não conseguindo dar o suporte adequado para aqueles que seriam efetivamente o nosso perfil: o paciente com transtorno mental grave persistente. Aquele paciente que precisaria ficar vindo para o CAPS de uma forma mais frequente, de estar toda semana, mais de uma vez por semana, vindo aqui para a gente poder estar acompanhando a medicação, para a gente poder estar acompanhando a rotina, para a gente estar estimulando outras opções terapêuticas. Os grupos, as atividades lúdicas, a inserção social, que a gente deveria estar trabalhando mais isso. Mas a gente, infelizmente, não consegue, porque a gente tem uma demanda muito grande desses casos de sintomas ansiosos, sintomas depressivos que, infelizmente, não estão sendo bem cuidados lá fora (Trabalhador CAPS 5).

Da mesma forma, o dispositivo especializado acaba concentrando ações para lidar com a alta demanda interna do equipamento, com acolhimentos, atendimentos individuais e grupais, diminuindo ações no território, apontando a dificuldade de estratégias extramuros da equipe do CAPS. O processo de isolamento do serviço e sentimento de internalização da equipe, devido à ausência das ações de inserção territorial e desarticulação com a comunidade, vem sendo denominado como “encapsulamento”. O processo de “inclusão na comunidade” dá lugar a “inclusão no serviço”, produzindo novas formas de cronificação e institucionalização do usuário. Defende-se que para modificar a cultura de exclusão não basta mudar o tipo de serviço, mas também as práticas assistenciais e consolidação do cuidado em rede (Costa, 2023).

Por vezes, percebemos a problemática no atendimento do usuário com demanda de saúde mental na perspectiva integral e em rede, pois seria comum a procura pelo CAPS para outras demandas de saúde que seriam de responsabilidade da APS.

Então, já aconteceu de pacientes com dor de dente vim para o CAPS, de não reconhecer pertencente a esse território, que existem esses outros dispositivos. Então, a gente sempre deixa muito claro para o paciente, olha, o CAPS é porta aberta, porta aberta no sentido que você não precisa de um encaminhamento para ser atendido. No entanto, a gente acha importante que ele passe pela equipe do posto, até para a equipe do posto tomar ciência que existe aquele sujeito naquele território com sofrimento psíquico, mas que também têm suas condições clínicas. Então, o paciente já procurou o CAPS com dor de dente! Olhe, você tem que ir no posto, lá no posto você tem atendimento odontológico... não, mas lá me disseram que sou paciente CAPS e tenho que vim pra cá (Trabalhador CAPS 2).

A Atenção psicossocial implica na ruptura com a forma de perceber a loucura e o sofrimento psíquico, viabilizando uma assistência articulada com o plano complexo da vida nos territórios e fortalecendo ações de promoção e prevenção em saúde (Yasui; Luzio; Amarante, 2018). Nesse sentido, o atendimento integral às pessoas em sofrimento psíquico implica ultrapassar a doença mental para compreensão do indivíduo na perspectiva biopsicossocial e acesso a todos os níveis do sistema de saúde conforme suas necessidades (Carnut, 2017).

A estratégia de matriciamento em saúde mental foi destacada, por gestores e trabalhadores desta pesquisa, como principal ação de articulação entre as UAPS e os CAPS no período anterior à pandemia. As reuniões de matriciamento estavam acontecendo antes da pandemia pelo menos uma vez por mês ou quinzenalmente, buscando contemplar cada eSF das unidades. De acordo com as análises, a APS contribuiria com o vínculo com usuário e o conhecimento do território, enquanto os CAPS com o conhecimento especializado sobre saúde mental. Apontou-se uma visão positiva acerca da atividade, principalmente pela presença de diferentes profissões das equipes da APS e dos CAPS, promovendo apoio nos casos de saúde mental complexos, através de estudos de caso, visitas domiciliares e institucionais, manejo das situações, com construções coletivas de intervenções e terapêuticas possíveis.

Nesse sentido, reforça-se o matriciamento como instrumento relevante para retaguarda pedagógica e assistencial da saúde mental na APS, colaborando para que a RAPS pudesse funcionar melhor e tendo uma APS mais preparada para receber essa demanda.

[Existe uma] dificuldade da atenção primária estar preparada para receber esse paciente [com transtorno mental] e aí o matriciamento vem como um ponto positivo, porque a gente capacita né, matricia essas equipes, de modo com que elas se sintam confiantes e com conhecimentos adequados para atender essa demanda. Que, como eu disse, o paciente já está estável, já não tem uma gravidade para tá dentro do CAPS, então a gente faz essa transferência para o território. O que a gente sente é um despreparo dessas equipes de receber pacientes com transtorno mental, o medo e despreparo. Então, acho que o nó tá aí, né, nessa insegurança desses profissionais de receber esses pacientes. Mas que, com o matriciamento, isso tem melhorado bastante (Trabalhador CAPS 2).

Sempre eles [profissionais do CAPS], são preparados pra isso. Sempre encontram como sair dessa situação, junto com o paciente. Porque, como é [o] Programa Saúde da Família, a gente cria muito vínculo e os problemas deles a gente traz como se fossem nossos. “Como resolver o problema da Dona Maria?” Ah, “Dona Maria” já é um componente íntimo nosso. Não é um paciente qualquer, mas é a Dona Maria que a gente já atende a hipertensão dela, já atende a prevenção dela, já atendeu ela na Odonto, ela veio pro grupo do tabagismo. Então é uma pessoa [conhecida], todos os pacientes daqui são meus conhecidos. Mas é vínculo, PSF é vínculo. Então, nós terminamos dando toda a ferramenta pro profissional do CAPS. Ele diz “não, pois a saída é essa”. Ele vem pra nos ajudar porque ele é preparado, capacitado, mas a gente é quem dá as ferramentas. [...] É uma benção o matriciamento, só ganho (Trabalhador UAPS 7).

As vantagens de um cuidado de base territorial direcionam para o conhecimento dos profissionais da situação de vida daquela pessoa (e não somente da doença), a questão do vínculo, a possibilidade de acionar recursos da própria comunidade, a conexão com outros setores. Da mesma forma, propicia tanto a capacitação em serviço, mediante a discussão de casos clínicos, quanto o suporte aos profissionais generalistas, mediante o atendimento conjunto nos casos de maior complexidade e a corresponsabilização do cuidado (Hirdes; Scarparo, 2015).

Apesar disso, cabe destacar que o matriciamento já não ocorria de maneira regular em todas as UAPS da Regional II, onde sinalizou-se não ser uma atividade bem aceita em algumas unidades, com a demanda possivelmente sendo negligenciada nesses serviços por despreparo da APS e fragmentação da rede, centralizando a assistência em saúde mental nos CAPS. É importante recordar que as UAPS escolhidas para esta pesquisa foram indicadas como serviços que teriam uma boa articulação na RAPS e realizavam matriciamento entre as equipes dos serviços. Apesar disso, não significa dizer que estão imunes aos desafios para a sua efetivação. Indicando que nestas existia resistência de algumas equipes para manter a agenda da atividade e a rotatividade de profissionais dos CAPS prejudicava a manutenção do vínculo entre equipes e usuários.

Nem todos os trabalhadores das UAPS participavam do matriciamento junto aos CAPS, ao mesmo tempo que se indicou a falta de clareza por parte de trabalhadores sobre a proposta do matriciamento: *“a gente percebia também que os próprios profissionais não entendiam, né? Os profissionais da unidade não entendiam o motivo do matriciamento, mas nunca deixou de existir, né?”* (Gestor RAPS 6); também foram percebidas dificuldades relacionadas ao apoio de gestores dos serviços para garantir o cumprimento de espaço na agenda: *“ele [gestor] não vê a importância do matriciamento, não acha válido fechar um dia de atendimento da agenda [...], prefere ter agenda aberta todo dia e atender cinquenta ou sessenta pacientes”* (Gestor RAPS 4).

A demora de retorno das equipes dos CAPS para acompanhamento dos casos do matriciamento em saúde mental também foi um empecilho, diante do grande volume de eSF para os CAPS darem conta: *“eu entendo que é difícil, né? Imagina o CAPS ter que fazer matriciamento viável em todas as unidades de saúde, é muito complicado”* (Trabalhador UAPS 6). A convocação de novos profissionais a partir de um concurso realizado em 2018 para os CAPS de Fortaleza teria atenuado a situação, mas não resolvido o problema de equipes insuficientes nos serviços. Assim, a retirada de profissionais dos serviços para realizar outras atividades no território e de articulação da rede seria uma dificuldade, pois traria desfalques para atender a demanda interna do serviço.

O matriciamento, ele não é de agora, ele já vem desde muito tempo tentando se construir. Com essa questão de rotatividade de profissionais que tinha antes do concurso de saúde mental, entrada e saída de profissionais né. Com o concurso, querendo ou não, se estabilizou mais essa equipe, né, de profissionais no serviço. Com isso, ficou mais fácil da gente visualizar esse atendimento longitudinal, de modo que você consegue, né, atender o paciente hoje e ter um acompanhamento durante longo período. Com a rotatividade isso era mais complicado né, você acompanhava um paciente e dali a pouco era outro profissional que tava ali, porque o outro já saiu. Hoje, por que todos os postos da Regional 2 não são assistidos? Porque nós temos uma equipe mínima de profissionais, porque querendo ou não, quando uma determinada equipe sai daqui pra fazer matriciamento, ela tá deixando de atender os pacientes daqui do serviço né, [é uma atividade] extra-serviço (Trabalhador CAPS 2).

[...]Às vezes eu venho aqui e converso com a minha coordenadora. Tipo assim, eu preciso sair. A gente precisa sair do CAPS, porque às vezes a gente fica muito enclausurado aqui, tentando dar conta daqueles pacientes que estão chegando aqui, mas a gente tem uma demanda absurda lá fora, que a gente não está dando conta de cuidar, como rede de atenção psicossocial. Então, esse é uma das nossas dificuldades aqui no processo de trabalho no CAPS. Então, a gente acaba se sentindo muito sobrecarregado aqui por uma demanda muito grande. Mas, ao mesmo tempo, percebendo que lá fora a demanda é muito maior e que a gente não está conseguindo dar conta (Trabalhador CAPS 5).

Novamente, percebemos dificuldades de extrapolar as atividades extramuros do CAPS em virtude de um acesso interno e restrito ao serviço especializado que precederam os desafios da pandemia de Covid-19. Isso indica que a dificuldade de agenda para matriciamento não implica apenas no deslocamento da agenda da APS restrita aos atendimentos individuais e em outros programas, para também a necessidade da agenda do CAPS de acolhimentos, atendimentos individuais e grupais no serviço promoverem ampliação para atividades comunitárias e nos territórios.

Os trabalhadores concordaram que os dispositivos territoriais da RAPS não conseguem atender plenamente a demanda de saúde mental por falta de estrutura dos serviços e de profissionais. Apresentam uma situação onde a gestão municipal não investe o suficiente na contratação e valorização dos profissionais, com baixos salários e vínculos profissionais fragilizados, com falta de diálogo entre trabalhadores e gestores acerca da efetivação das necessidades dos usuários e serviços e necessidade de expansão da RAPS. Isso refletiria também em vínculos fragilizados com os usuários e em um atendimento desumanizado, sem perspectiva de uma clínica ampliada e centrada no usuário.

Então, há situações em que eu também não posso julgar o profissional, porque eu vou entrar numa rede, eu vou entrar num CAPS da vida. Primeiro, a gestão não valoriza os profissionais que estão na rede. Eu acho que não valoriza, essa é a minha opinião, paga mal. É algo que você faz uma seleção só por dois anos e depois manda para fora. [...] Então, nesses locais, às vezes, não tem segurança, não tem um processo que vincule eles pra gostar do que fazem, aí faz um atendimento desumanizado, em que a clínica não é uma clínica centrada na pessoa. [...] Mas, é uma clínica realmente desumanizada. [...] Eu acho que a rede de saúde mental, ela começou a se estruturar, mas ainda é muito tímida. Eu acho que ela é muito esquecida, os CAPS são muito esquecidos. [...] É uma brincadeira de fazer de conta, a atenção primária de Fortaleza e a rede de saúde mental (Trabalhador UAPS 8).

Barreiras para a efetivação do apoio matricial são reconhecidas, perpassando desde a resistência de profissionais, com a falta de adesão a metodologia de trabalho pelas equipes e cobrança da gestão por produtividade que oferece pouco espaço para escuta; bem como da necessidade de convencer a gestão da importância de aplicar o apoio matricial no planejamento, gestão e avaliação do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico; além da superação do trabalho na perspectiva biomédica, oferta de suporte em saúde mental as eSF e investimento em recursos humanos; e por fim, ausência de repasses de recursos financeiros suficientes como incentivo para implantação do apoio matricial nos municípios (Hirdes; Scarparo, 2015).

O cenário de cortes no financiamento do SUS e retrocessos da política de saúde mental, fragilizam a expansão da rede e da infraestrutura dos serviços existentes e oferecem riscos de descontinuidade do cuidado (Silvano *et al.*, 2022). Notam-se desafios importantes para a garantia de responsabilidade de cada dispositivo da rede e que, por consequência, desestabilizam a continuidade do cuidado, seja pela capacidade de responder aos diferentes problemas de saúde ou de garantir acesso a diferentes intervenções (Amaral; Bosi, 2013).

Portanto, não há como analisar a capacidade de resposta à pandemia pelos serviços de saúde mental sem considerar o desmantelamento geral de políticas públicas nos últimos anos, inclusive, na política de saúde mental (Dimensteins; Simoni; Londero, 2020). Os desafios são inegáveis e se aprofundam no contexto de crise da pandemia de Covid-19

5.2 Implicações na atenção psicossocial em serviços de saúde mental territoriais com a pandemia de Covid-19

Nos dias e semanas à frente, esperamos ver o número de casos, o número de mortes e o número de países afetados aumentar ainda mais. A OMS tem avaliado este surto constantemente e estamos profundamente preocupados tanto com os níveis alarmantes de disseminação e gravidade quanto com os níveis alarmantes de inação. Portanto, fizemos a avaliação de que a COVID-19 pode ser caracterizada como uma pandemia (Organização Mundial da Saúde, 11 de março de 2020).

Neste momento, ficar em casa, longe do outro, é a maneira que eu tenho de cuidar dele; cuido dele cuidando de mim, e vice-versa. Estamos distantes para que seja possível estarmos juntos. É curioso este cuidado de si e do outro que exclui rigorosamente a proximidade física, mas que solicita, mais do que nunca, a palavra, o afeto, a civilidade (Lobosque, 2021).

5.2.1 Atenção à saúde mental na APS como linha de frente no combate à covid-19.

Nesta seção, apresentamos como se organizou e se desenvolveu o cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) de Fortaleza no período pandêmico, a partir das experiências de trabalhadores e gestores de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) –

serviços considerados “linha de frente” no combate à pandemia por Covid-19. O indicativo de um serviço ou trabalhador estar na “linha de frente” no combate a Covid-19 refere-se à assistência direta de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de Covid-19 (SAPS, 2020, Rede Covida, 2020).

5.2.1.1 - Orientações para assistência em saúde mental na APS durante a pandemia

O período da pandemia de Covid-19 foi marcado pela orientação municipal de cancelamento das consultas eletivas e suspensão de procedimentos da agenda habitual das equipes da APS de Fortaleza. Apenas o acompanhamento ao pré-natal, vacinação e urgências de outras condições de saúde deveriam ser mantidos, priorizando o acolhimento à demanda Covid-19.

Conforme o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS (SAPS, 2020), ela foi mantida como porta de entrada do SUS, com papel crucial na resolução de casos leves de confirmação ou suspeita de Covid-19 e, em casos graves, no manejo para outros níveis de atenção (urgência e emergência/ hospitais). Aliado a isso, a SMS de Fortaleza elaborou o Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2 (Prefeitura de Fortaleza, 2020a), adaptado aos protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), conforme novas evidências da doença e desenvolvimento de estratégias de prevenção, controle e manejo. O Plano estabeleceu fluxos nos serviços e orientações para as equipes de Saúde da Família (eSF). Ademais, ao mesmo tempo que era proposto o atendimento de uma demanda substancial de síndromes gripais, as outras demandas de saúde ainda permaneciam necessitando de atenção, dado o contexto amplo de necessidades de saúde acolhidas na APS (Giovanna *et al.*, 2020).

Os direcionamentos para as UAPS eram encaminhados no formato remoto pela gestão municipal e regional de saúde aos coordenadores dos serviços, que deveriam repassar as informações às equipes eSF. Trabalhadores entrevistados nesta investigação indicaram que as orientações eram encaminhadas de maneira verticalizada pela gestão central, através de serviços de mensagem, sem acompanhamento da aplicação dos fluxos. Dúvidas eram respondidas, porém sem espaço para discussões ou deliberações coletivas, conforme destacado:

[Os direcionamentos] eram via coordenação, vinham descendo das instâncias até chegar na coordenação e a coordenação socializava no grupo de [aplicativo de mensagem] WhatsApp. Então, a gente estava sendo atualizado assim, da noite para o dia. A nossa chefe, na época, ficava passando o WhatsApp duas, três horas da manhã. Não tinha [hora], era direto. Não tinha esse negócio de terminou o expediente, terminou o seu trabalho, não. Em casa era que tinha coisa para ver. Olha, amanhã a gente vai fazer isso (Trabalhador UAPS 7).

A gente recebia [direcionamentos], sim. Tinha um modelinho de atendimento que a gente tinha que fazer, a gente tinha um fluxo que seguia. Sei lá, saturação tal, vai pra isso, saturação tal, tem comorbidades, essas coisas. Então, eles passaram esse fluxo, tudo assim, via WhatsApp. Movimento, reunião, com atenção, com gestores, eu não sei. Mas com a gente da Atenção Básica não teve esse encontro, nem virtual, de como era que a gente devia conduzir. Era tudo meio que tirando as dúvidas em WhatsApp (Trabalhador UAPS 9).

A adaptação dos profissionais ao trabalho não foi feita de forma coordenada, mas na medida em que foram se adequando ao cotidiano dos serviços: *“como dizem popularmente falando, o pneu foi trocado com o carro em movimento”* (Trabalhador UAPS 7). Alguns trabalhadores ponderam que essa era a realidade imposta pela doença que não permitia um cenário organizado de preparação dos profissionais, mas outros indicam que a presença mais próxima da gestão nos serviços poderia ter fortalecido os direcionamentos para os serviços considerando as dificuldades impostas na pandemia.

O que a gente sentiu falta é que em nenhum momento teve, mesmo online, esse momento da gestão conversar com a gente e mostrar que entendia as dificuldades, mas tudo a gente era repassado pela gestão local, que já recebia da gestão maior. A gente ficou assim, meio que se sentindo, segurando a barra sozinho, está entendendo? Pois é, o que eu acho [é] que a gente não teve aquela história do apoio, do reconhecimento, que eles só mandavam ofícios, ofícios, mas nunca eles tiveram a preocupação de entender das angústias que a gente estava passando e tentar fazer uma reunião. Olha, a gente entende e tudo, mas vamos tentar trabalhar assim, assim [...]. Isso não aconteceu, eles eram muito lá [voltados para trabalho interno] e a única pessoa que fazia esse vínculo era a gestão local [do serviço] (Trabalhador UAPS 9).

Apesar do repasse constante de atualizações referentes aos fluxos dos serviços na pandemia, foi relatado a sensação de incerteza em lidar com algo novo e com informações controversas, que geraram desconfiança da população e, até mesmo, entre profissionais de saúde. As dúvidas ocorriam em função dos tratamentos e procedimentos adotados, como uso de medicamentos não consolidados e questionamento sobre eficácia de vacinas, gerando um tensionamento na relação entre profissionais de saúde e usuários.

Total pânico, né? Pânico, porque a orientação, ela era sempre dúbia, né? Então, um médico falava uma coisa, outro médico falava outra coisa, e cada um falava uma coisa diferente. Na televisão falava outra, então a desorientação era muito grande. Nem a gente mesmo sabia em quem confiar. Cada semana vinha uma portaria nova, da Secretaria de Saúde, falando de novas drogas, das medicações, o que era para prescrever, o que não era. O médico no serviço privado prescreveu uma medicação, aí no serviço público já prescrevia outra. Então, tudo que gera confusão, gera pânico (Trabalhador UAPS 6).

Também é muito difícil organizar [campanhas de vacinação]. Todo mundo querendo passar na frente, todo mundo desesperado. “A minha chance de viver é essa, eu quero essa dose”. Aí, aquela coisa: toma vacina tal, toma vacina marca tal, marca tal. [Mas] isso vai fazer mal. E a mídia faz aquela[...]. Ai meu Deus, pior ainda que já está ruim, e piora. E pessoas que adoeciam por outras causas, associavam a vacina, associavam a medicação. [...] Então, a gente era ao mesmo tempo: salvador e vilão. No mesmo filme [éramos] mocinho e bandido. Porque, como é que o doutor me passa esse

remédio? Mas a única saída era tomar esse remédio. Então assim, até a pessoa processar que nós estávamos no mesmo barco e a gente não sabia para que lado atirar, foi difícil (Trabalhador UAPS 7).

O cenário de propagação da Covid-19 durante a pandemia no Brasil, viabilizado pelo governo Bolsonaro, a partir de atos normativos adotados pela União, atos de governo e propagandas contra a saúde pública, como negacionismo da doença, incentivo a exposição das pessoas ao vírus com a defesa da imunidade coletiva por contágio, descumprimento de medidas sanitárias (negando a letalidade da doença); banalização de mortes e sequelas causadas pela doença; obstrução sistemática às medidas de contenção promovidas por estados e municípios (Ventura; Reis, 2021), propiciou um cenário de uma politização de questões técnicas que deveriam ser seguidas com base em evidências científicas, ampliando a crise econômica e social e polarizando os campos da saúde e da economia (Mendes, 2020).

Ao mesmo tempo que existia uma batalha para entender a Covid-19, definindo formas de prevenção, tratamento, cura, estabelecimento de medicamento e vacinas eficazes, existia outro embate direcionado às diferentes narrativas, confeccionado em um cenário de desconfianças e incertezas diretamente vinculado a um comportamento social afastado daquilo que era preconizado pela ciência. As divergências que avançavam no cenário pandêmico confundiam a sociedade e gerava um tensionamento entre Estado e ciência. Apresentou-se como terreno fértil para a propagação das chamadas *fake news*, atribuindo uma verdadeira crise de confiança nas instituições e trabalhadores da saúde (Henriques; Vasconcelos, 2020).

Assim, apesar da comunicação ter sido indicada como um dos eixos fundamentais para as instituições durante a pandemia, utilizando-se de ferramentas digitais como estratégias relevantes diante de um cenário de distanciamento social, esse achado vai ao encontro de outros que apontam que na emergência em saúde da COVID-19, as principais estratégias de comunicação adotadas pelos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) reforçaram medidas utilitaristas, centralizadoras e funcionais, com foco na transmissão de informações. Sem oferecer espaço dialógico, desconsiderando as relações entre interlocutores enquanto produções de sentido. Assim, diante das incertezas, a adequada comunicação em situação de crise reivindica que instituições fortalecem uma relação de confiança com trabalhadores e população (Araújo; Cordeiro, 2020; Santos *et al.*, 2021).

Em contraponto, os gestores participantes desta pesquisa consideraram suficientes os direcionamentos da gestão municipal, dado a necessidade de monitoramento da situação pandêmica e de atualizações frequentes do cenário epidemiológico: “*estando na gestão, a gente tinha que monitorar muito esse uso, esse fluxo, esse passo a passo que a pessoa com Covid, enfim, a população da gente precisava ingressar no sistema de saúde*” (Gestor RAPS 7). A

dificuldade foi destacada para aplicação das orientações sob uma realidade apresentada de sobrecarga da rede.

Sim, isso [repassa de orientações] foi de maneira frequente, foi bem trabalhado pela Secretaria, tava sendo monitorado os casos de covid. [Os gestores municipais] fizeram logo uma documentação para que a gente pudesse se respaldar e como a gente poderia trabalhar, que até então, a gente não sabia esperar o que fazer ou como fazer. [...] Tivemos um Plano de Contingência, na medida que as coisas foram acontecendo, os números aumentando, os hospitais de campanha foram montados (Gestor RAPS 2).

As atualizações eram encaminhadas regularmente, muitas vezes com indicação de mudanças, mas sem tempo para planejamento, refletindo em um desequilíbrio no avanço da Covid-19, onde a progressão de casos e de óbitos ocorriam exponencialmente, sobrecarregando os serviços, em contrapartida da exigência de respostas rápidas pelas organizações (Mendes, 2020). Representantes da gestão afirmaram que realizavam o monitoramento da circulação do vírus, observando a ocorrência de casos graves, estando cientes que essa demanda estava chegando na APS, com a realidade de leitos hospitalares insuficientes e dispositivos de urgência e emergência com alta demanda. O papel dos gestores seria o de garantir o fluxo de acesso da população com demanda para Covid-19 aos serviços de saúde, pois estavam sendo pressionados pelo contexto de emergência sanitária.

A pressão era muito grande, porque existe uma pressão em quem está na gestão. Existe uma pressão da SMS, dos gestores, da própria população, dos profissionais. Então, a gente se sente realmente pressionada. Eu falo por mim, me sinto pressionada em dar soluções que às vezes a gente não consegue. E a gente fica preocupada e fica tentando soluções e a gente acaba adoecendo, realmente por não conseguir melhorar. Não conseguir que a população tenha um bom atendimento, que o profissional se sinta acolhido (Gestor RAPS 6).

Apesar da dificuldade na aplicação das orientações referentes à Covid-19, trabalhadores ressaltaram que pelo menos existiu um Plano de Contingência orientando as equipes das UAPS sobre o manejo da doença, enquanto que, em relação à saúde mental, não houve orientações claras para a APS. Os direcionamentos específicos sobre o fluxo do atendimento em saúde mental não foram mencionados pelos trabalhadores e gestores das UAPS, indicando o desconhecimento da existência de um Plano de Contingência da RAPS durante a pandemia de Covid-19:

[...] Porque teve o plano de contingência da atenção básica, né? Para trabalhar o COVID, [mas] para a saúde mental? É, porque se dizia, se faz isso e isso para o exame, para o fluxo. Foi tudo bem [orientado] para COVID, mas [para] saúde mental...[não](Trabalhador UAPS 5).

O fluxo não era direcionado para a saúde mental. Eu acredito que nas outras unidades da Regional 2 também era dessa forma, aqui era muito organizado. Então, a unidade de saúde ficou literalmente voltada para o paciente da pandemia. Então, a gente tinha um fluxo muito eficiente e rotativo em função disso, da pandemia. E, a gente deixava uma outra parte da unidade de saúde para as comorbidades que não podiam ficar sem acompanhamento. Então, hipertenso de seis em seis meses, uma gestante, uma tuberculose. Agora, você não agendava, por exemplo, uma consulta de pacientes de

saúde mental, isso não acontecia. Então, não tinha uma política voltada para isso, não (Trabalhador UAPS 6).

Ao analisarmos alguns documentos relevantes que foram orientadores de serviços da RAPS na pandemia, notamos disparidades entre os entes federativos acerca das responsabilidades da APS na assistência em saúde mental. À nível federal, nas recomendações para a RAPS na pandemia, limitou-se ao ajustamento das unidades aos fluxos assistenciais previstos para os serviços de saúde, onde no discurso se dizia garantir atendimento psicossocial, mas orientava-se como suporte a demanda apenas a manutenção de farmacoterapia e estratégias de suporte domiciliar para idosos e grupos de risco (SAPS, 2020).

Em contrapartida, guias orientadores para o enfrentamento à pandemia na Rede de Atenção à Saúde (RAS), elaborados pelo CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) ampliaram nos documentos a perspectiva da atenção em saúde mental, indicando uma matriz específica dos pontos de atenção na RAS, propondo ações e atividades de atenção à saúde mental na APS, como: garantir a prescrição medicamentosa e o atendimento presencial para situações de urgências e emergências; consultas presenciais previamente agendadas, visitas domiciliares em casos graves, manter contato com os CAPS para encaminhamentos e apoio de pessoas com risco de agudização da saúde mental e síndrome gripal; acompanhamento por equipe multidisciplinar, registrando em prontuário informações sobre utilização da medicação, suporte familiar e social e avaliação de atendimento presencial ou remoto (CONASS; CONASEMS, 2020 a). Além da necessidade na APS de identificação de sinais e sintomas de adoecimento psíquico, observando sintomas persistentes, apontaram um cuidado direcionado a fornecer informações atualizadas e verdadeiras sobre a Covid e suas formas de prevenção. Além de manter o uso de medicações regulares, autocuidado e salvaguardar o contato com amigos e familiares (CONASS; CONASEMS, 2020 b).

Do ponto de vista estadual, podemos destacar a Nota Técnica nº 01/2020 COPOM/SEPOS/SESA, de 19 de março de 2020 e a Nota Técnica 04/2020 COPOM/SEPOS/SESA, de 11 de maio de 2020, que trouxeram orientações e esclarecimentos aos serviços da RAPS durante o período de Emergência em Saúde Pública no estado do Ceará. Apontaram a relevância da elaboração de Planos de Contingência para a RAPS dos municípios cearenses, indicando a permanência de mecanismos de articulação entre os serviços e assistência às demandas dos usuários do território, desenvolvendo estratégias que possibilitem o acesso, apoio e escuta qualificada como suporte emocional (SESA, 2020a; SESA, 2020b).

Entretanto, o que se nota do Plano de Contingência da RAPS de Fortaleza (Prefeitura de Fortaleza, 2020b) é o afastamento da APS como componente da rede, considerando apenas os CAPS de diferentes modalidades, SRTs e UAs nas orientações. A APS é citada no documento como apoio aos moradores de SRTs e no indicativo de suspensão de atividades como matriciamento e visitas institucionais. A partir dos resultados da pesquisa, notamos que o Plano de Contingência circulou internamente na SMS e em alguns equipamentos de saúde mental, sem acesso pelas UAPS, mesmo considerando que, administrativamente, as Células de APS e Saúde Mental são vinculadas a mesma Coordenação de Redes de Atenção Primária e Psicossocial (CORAPP), inclusive, funcionando no mesmo espaço físico da SMS.

Observamos a lacuna de estratégias coordenadas capazes de indicar o papel dos serviços de saúde mental durante a pandemia e/ou estimular a articulação entre eles, incluindo as unidades de APS. Verificamos, assim, que as orientações para a APS se centralizaram na Covid-19, utilizando-se um formato meramente informativo e pouco dialógico. Nesse momento de resposta a uma emergência sanitária global, percebe-se o retorno de aspectos considerados autoritários da Saúde Pública tradicional (Paim; Almeida-Filho, 1998).

Na saúde mental em específico, houve uma escassa indicação dos fluxos durante a pandemia em Fortaleza, principalmente no que concerne ao papel da APS ofertando atenção psicossocial, em detrimento de sua potencialidade como equipamento estratégico da RAPS (Dimenstein; Somini; Londero, 2020), tema que será retomado em seguida em nossa análise dos ajustes realizados nos serviços.

5.2.1.2 – *Desafios da APS para a continuidade do cuidado em tempos de pandemia*

O cenário da pandemia foi considerado crítico, onde rapidamente o vírus se espalhou em escala mundial, com alto potencial de contaminação e baixo conhecimento sobre o vírus e abordagens farmacológicas (Mendes, 2020). A situação da rede de saúde passou a enfrentar problemas com a alta demanda: *“aí começou aquela onda, todos pegando, né? A doença mesmo começou a espalhar. Os hospitais estavam cheios, [daí] vinham pra cá. [E falavam] ‘doutora, não me deixe morrer!’”* (Trabalhador UAPS 7).

Assim, mudanças na organização dos serviços foram indicadas por trabalhadores e gestores da APS como necessárias para atender à demanda Covid-19 e manter os atendimentos urgentes de outras demandas de saúde, resguardando usuários e trabalhadores e resultando na divisão física das unidades em duas partes.

Foi feito um caminho, aí era assim: esse lado são [para] outros atendimentos, esse lado era só covid. Mas isso foi depois de muito misturado. No começo, era um negócio

que, até a gente sentar e dizer [que] não tem condições de atender covid e atender o normal, porque é muito covid. Aí, se pensou em dividir, um lado fica alguém para os [atendimentos] normais e um lado só para o COVID. [...] E aí ficou melhor de se trabalhar, aí melhorou a questão do fluxo (Trabalhador UAPS 11).

O espaço físico das unidades foi dividido em “Covid” e “não-Covid”, onde, respectivamente, atendia-se a demanda de síndromes gripais e as demais condições de saúde indicadas como urgentes e renovação de receitas médicas. Para definir o espaço que o usuário seria encaminhado, o fluxo seguia-se desde a recepção, feita pelo agente comunitário de saúde (ACS), que identificava ou não sintomas gripais nos usuários, encaminhando as pessoas para o espaço que correspondia a sua demanda e seguiam para acolhimento com profissionais da enfermagem e atendimento médico, realizando rodízios entre trabalhadores das eSF nos dois espaços.

No “espaço Covid”, as unidades realizaram atendimento à população desde os casos leves de Covid-19 até demandas graves que exigiram atendimento de urgência e emergência, reivindicando para além da capacidade da APS: *“uma coisa é eu ter um posto dentro da comunidade pra fazer promoção e educação. Outra coisa, é eu ter aqui como uma UPA [unidade de pronto atendimento], né?”* (Trabalhador UAPS 8). Trabalhadores e gestores das unidades lidavam com a falta de equipamentos para o manejo dos casos e dificuldade de encaminhamento aos serviços da rede.

Sim, eram para ser [demandas atendidas] em hospitais, mas a referência deles ficou sendo o posto. Essa primeira sala aqui, ela ficou [como] a sala do Covid. Então, quando o paciente chegava naquela ânsia, sem ar, já tinha um oxigênio onde era colocado no paciente. Era feito aquela ausculta, os médicos entravam todo aparelhado e aí fazia aquela ausculta. E aí já estava ligando aqui, a ambulância já chegava e já levava. Aquele oxigênio era para manter o paciente vivo, tivemos momentos dramáticos. Eu disse, ‘meu deus, isso aqui vai virar um hospital, não é mais um posto!’. Mas a gente tinha que socorrer, tinha que fazer, acho que nós aqui fomos pioneiros. A gente fez coisas que a gente nem podia e nem tinha condições físicas, nem aparelhos adequados para isso, mas tinha que fazer (Trabalhador UAPS 11).

A própria noção de território adscrito foi rompida para viabilizar assistência nas unidades: *“então, as pessoas quebraram muitos muros do PSF”* (Trabalhador UAPS 7). Devido à lotação em outras UAPS, as unidades tiveram que receber atendimentos Covid-19 e realização de testes na população de outros territórios de Fortaleza (e até cidades vizinhas).

A gente trabalha por área, cada equipe tem sua área. Só que na pandemia isso não existiu. Quem chegasse, quem vinha de outro bairro, a gente orientava que tinha o posto de referência, mas a pessoa vinha pra cá porque o posto [dela] tava lotado, que não tinha *swab* pra fazer [teste de covid] e vinha pra cá e estava lotado também. As pessoas ficavam loucas que chegavam aqui e não tinha *swab*, que só ia ter a tarde (Trabalhador UAPS 1).

Embora a APS tenha tido um papel relevante dentro da RAS pelos seus esforços no atendimento a demanda Covid-19, a literatura demonstra que foi reduzida a capacidade de

prevenção, promoção, acompanhamento longitudinal, em uma perspectiva ampla da saúde, para se aproximar com ações direcionadas a urgência e emergência, com foco na doença e atenuação de sintomas (Giovannella; Franco; Almeida, 2020), conformando um processo de descaracterização dos atributos da APS (Rosa-Cómitre *et al.*, 2023; Frota *et al.*, 2022; Anéas *et al.*, 2023).

Nos Planos de Contingência propostos pelos governos federais, estaduais e municipais, nitidamente o fluxo de entrada de pessoas com sintomas respiratórios demonstrava ser melhor definido, enquanto que para o espaço “não-covid”, a orientação era para “seguir com o fluxo normal da unidade”. Entretanto, observamos que, apesar do objetivo apontado por gestores e trabalhadores para a divisão das unidades ter sido a possibilidade de não interromper os atendimentos e evitar o contato de pessoas sintomáticas com assintomáticas, a atenção à Covid-19 se sobressaiu, em contrapartida da restrição de acompanhamento de programas relevantes de saúde da APS, incluindo a saúde mental.

[...]Nenhum acompanhamento sequencial [continuou na pandemia], todos foram interceptados. Ou estavam atendendo não-Covid ou Covid, tudo era em função do Covid. Então, assim, isso assustava muito os pacientes, porque, poxa vida, um serviço de saúde que atendia N programas, hoje só tem um, Covid e não-Covid, né? (Trabalhador UAPS 7).

Eu vi uma coisa, eu não sei se eu estou errada. [Mas] na época da pandemia, esqueceram todas as outras doenças. Esqueceram a pressão alta, diabetes, o cardíaco, o câncer, a AIDS. Enfim, todas as outras doenças, que elas não pararam, elas continuaram existindo e focaram só no Covid. Tudo bem, eu entendo, nós estávamos em um momento de pandemia [em que] ou a gente faz algo ou a gente perde tudo. Hoje a gente consegue, a gente não está especializado, mas já está ‘amaciado’ [...] pelo COVID e sabe que tem que ter o equilíbrio. Mas na época [...], porque eu não tinha só o problema de COVID na minha área, eu tinha pessoas com depressão altíssima, diabetes altíssima, problemas cardíacos (Trabalhador UAPS 11).

Existe a necessidade de superação da dicotomia e fragmentação da saúde na APS, considerando também aspectos psicossociais. Isso significa levar em conta a saúde mental das pessoas para além de condições de contrair o vírus ou não, de adoecer ou morrer, observando as implicações da pandemia em seu sentido amplo, de maneira integral (Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020). Complementa-se o debate da Covid-19, não exclusivamente como uma pandemia, mas sim, uma Sindemia⁹. Deste modo, realiza-se uma crítica a perspectiva restrita como foi conduzido o manejo da Covid-19. Pois, ao considerá-la apenas como uma doença infecciosa, as ações de enfrentamento ficam restritas a ruptura nas formas de transmissão e enfoque na doença em si, conforme o paradigma da história natural das doenças (Paim;

⁹ O conceito de Sindemia foi desenvolvido pelo antropólogo Merrill Singer na década de 1990, referindo-se a um complexo biossocial que possui a presença ao mesmo tempo de condições de saúde, de fatores sociais e ambientais que ampliam os efeitos negativos dessas interações (MENDES, 2020).

Almeida-Filho, 2023). Porém, a Covid-19 ocorria em meio a outras epidemias, que ao interagirem, aumentam as incidências e potencializam efeitos clínicos e sociais. Assim, a proposição é de que a problemática da Covid-19 fosse considerada de maneira ampla, exigindo modelos de intervenção para além do campo biomédico (Horton, 2020; Mendes, 2020; Bispo Júnior; Santos, 2021).

O medo da população de contaminação nos serviços, também acabou por distanciar os usuários das UAPS, inclusive para o cuidado de outras condições de saúde: *“aqui na nossa unidade, vestimos a camisa mesmo da Covid-19 para o atendimento das pessoas com todo cuidado. Pessoas que estavam sadias, a gente tinha o cuidado de não estar na unidade direto”* (Trabalhador UAPS 10). Apesar disso, os trabalhadores das UAPS defenderam que quem buscava atendimento nas unidades não deixava de ter assistência, direcionando os casos para o “espaço não Covid” como uma urgência e garantido a medicação para dar continuidade ao tratamento.

[...] Eu acho que elas tinham medo de vir na unidade, porque a gente dividiu o posto, um lado ficou só para esses atendimentos de covid e o outro lado para uma extrema urgência.[...]Mas, realmente só era pra vir em caso de extrema necessidade, naquele primeiro momento. Outros atendimentos, se fossem emergência e pré-natal continuaram, mas os outros acompanhamentos pararam um pouco. Aí depois, com o passar do tempo né, que foi amenizando mais, eles passaram a atender. Eles renovavam a receita dos pacientes hipertensos e diabéticos. Se não tivesse no momento com pressão alterada, [estando com a] diabetes ok, eles renovavam só a receita. Mas, se o paciente estivesse precisando, aí fazia o atendimento (Trabalhador UAPS 1).

Identificavam os pacientes, procuravam a equipe e a médica da equipe renovaria as receitas dos pacientes. Não deixavam ele sem esses atendimentos. Não tinha um atendimento de acompanhamento, como ele vinha fazendo, porque a nossa intenção era manter esses pacientes que estavam sadios, sem sintoma algum, fora da unidade. Mas isso não deixou que ele ficasse sem a medicação, sem o atendimento dele. Os suportes foram dados tanto pelos enfermeiros, como pelos médicos, como pelos ACS. Quem procurava o ACS ou o ACS identificava, tinha esses atendimentos. Ninguém, em nenhum período, ficou sem medicação, não. Nem mental, nem dos hipertensos, nem diabéticos, nem a saúde da mulher. Todos, sempre tiveram um atendimento (Trabalhador UAPS 10).

Os gestores reforçaram que as UAPS buscaram garantir o medicamento para manter o acompanhamento de saúde das pessoas para evitar a agudização de outras condições de saúde, mas reconheceram que essa ação não foi suficiente:

Na época da pandemia, nós paramos total né. A unidade só atendia casos covid ou de urgência de outras coisas, como pressão alta e outras. Então, vários serviços pararam, inclusive as nossas consultas. A única consulta que ficou na pandemia foi de gestante. [...] Mas, em nenhum momento, a gente deixou de dar assistência àquele paciente, que a gente têm os horários administrativos. As receitas, elas se estenderam por doze meses e seis meses para medicação controlada. A gente evitava ao máximo, mas em nenhum momento eles ficaram sem as receitas, não só a saúde mental, mas o hipertenso, diabético, planejamento familiar, todos eles tiveram acesso (Gestor RAPS 2).

Depois que a gente começou a pandemia, a gente teve que fazer uma readaptação dos serviços. E isso impactou no atendimento da população, porque a gente começou a focar muito nas síndromes gripais ou em casos realmente de crise. Então, a gente não teve como acolher essas demandas que começam de forma sutil e que se agravaram (Gestor RAPS 5).

A descontinuidade da prevenção e promoção de saúde nas unidades passou a dar lugar a uma assistência ambulatorial e de urgência, onde o acesso à saúde passou a ser definido pela garantia do tratamento medicamentoso e atendimento individual rápido e com foco nos sintomas. Ações individuais e coletivas relevantes da demanda programada foram restringidas (Frota *et al.*, 2022), seja pela centralidade da assistência na doença e atenuação de sintomas, seja pela evitação dos usuários de comparecer às unidades com medo da transmissão da doença (Giovanella *et al.*, 2020). Em epidemias, as respostas para enfrentamento dos sistemas de saúde tendem a se restringir em ações capazes de romper com as formas de transmissão e enfrentamento da doença em si, considerando pouco a sua ocorrência concomitante a outras epidemias e persistência de condições críticas de saúde, que ao interagirem, aumentam as incidências e potencializam efeitos clínicos e sociais (Horton, 2020; Bispo Júnior; Santos, 2021). Tal problemática pressupõe ainda mais a necessidade da continuidade da atenção a nível primário (Giovanella *et al.*, 2020), sendo um desafio ainda maior para os sistemas que ainda não superaram a perspectiva fragmentada de atenção à saúde.

As consequências no formato de intervenções em saúde durante a pandemia de Covid-19 poderiam trazer à tona o “paciente invisível”, considerando as pessoas com condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não Covid-19 durante a pandemia. A estagnação dos atendimentos de condições crônicas, através da desassistência por restrições de acesso ou pelo medo das pessoas de buscarem os serviços, pode desencadear o agravamento das condições crônicas e consequente pressionamento da rede de saúde (Mendes, 2020).

Para piorar, algumas categorias profissionais tiveram seu trabalho impactado com o redirecionado para demandas administrativas ou de apoio na organização dos serviços. Essa situação foi considerada necessária para ter o máximo de apoio nos fluxos que envolviam a Covid-19.

Todos os profissionais da saúde estavam diretamente no combate a Covid, sejam muitos colegas nossos que eram de residências multi, como uma fisio, uma nutri que estavam numa unidade. Elas realmente foram direcionadas para ajudar na Covid, seja em vacina ou seja em organizar o atendimento. Todo mundo foi direcionado para o atendimento à população. Algumas questões, como a saúde mental, ficaram em stand by, como algumas outras [demandas de saúde] também (Gestor RAPS 2).

Destacamos a situação dos ACS, onde o trabalho foi direcionado para a recepção dos usuários nas UAPS, na organização do fluxo de acolhimento, na triagem da demanda

espontânea com identificação das síndromes gripais, no auxílio nas atividades de campanhas de vacinação e na orientação à população sobre a doença. Atendeu-se às recomendações para adequação das ações dos ACS frente à atual situação epidemiológica referente à Covid-19, como profissional auxiliar no atendimento através do FAST-TRACK - “Fluxo rápido” COVID-19 para identificação de pacientes sintomáticos, além de realizar visitas peridomiciliares (limitadas ao contorno do domicílio) quando necessário, busca ativa de casos de síndromes gripais, orientação da população sobre prevenção da Covid-19 e apoiar atividades administrativas nas unidades (SAPS, 2020b):

[O ACS] ficou como linha de frente aqui, todo dia ficavam [na UAPS] dois agentes de saúde de manhã e dois à tarde. Na área [território], dava só suporte, não entrava nas casas. Passava de casa em casa só perguntando como é que tava a família, pra não sair, pra evitar de sair aquele idoso hipertenso, diabético. [Se tivesse] só uma pessoa para cuidar daquela pessoa, não ficar exposto. Tudo isso ficava orientando. Ficava aqui na portaria, orientando para onde vai, a medicação, como tomar a medicação (Trabalhador UAPS 3).

As buscas ativas no território, apesar de presentes, foram pontuais nas falas dos sujeitos da pesquisa, dependendo mais da busca espontânea dos usuários que procuravam as unidades. Assim, apesar de os ACS terem sido verdadeiros aliados durante a pandemia, como divulgadores de informações seguras sobre a prevenção da Covid-19, combatendo *fake news*, conscientizando a população e diminuindo o estigma que a doença pode causar (Medina *et al.*, 2020), essa categoria reduziu o contato direto com o território e a comunidade, priorizando práticas burocráticas e a organização dos fluxos de trabalho, contribuindo para o enfraquecimento das intervenções no território (Farias; Trott; Viola, 2023) e da produção de saúde (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016). Mesmo considerando que a atuação dos ACS é relevante para a identificação de necessidades, acolhimento de demandas e fortalecimento da relação interpessoal-terapêutica para cuidados contínuos no território (Frota *et al.*, 2022).

Nota-se, assim, a possibilidade de agravamento de demandas de saúde mental, tendo em vista o rompimento com o contato domiciliar no território, já que indivíduos e famílias com demandas de sofrimento psíquico e com dificuldade para deslocamento às unidades se utilizam do contato com os ACS para viabilizar acesso ao atendimento:

[O ACS] conversa com a família, às vezes eles [usuários] vêm aqui e não conseguem [atendimento], como? Às vezes é uma emergência e eles [funcionários da unidade] pedem que façam um agendamento. [...] Pra ajudar a família, sempre dizem que vai dar um jeito. Trazem a demanda para nossa médica ou enfermeira da nossa área e elas falam um dia x pra atender, sem agendamento. É como se viesse diretamente para atender essa pessoa, um encaixe né. [...] A gente sempre manda [o usuário vir] no dia do nosso acolhimento, que é o dia que a nossa médica tá na área. [...] Ai sempre tem esse elo entre a comunidade, [do ACS] e o profissional. [...] É a porta de entrada [do serviço] e muitos têm confiança (Trabalhador UAPS 3).

[...] Aquele que adocece na residência, ele geralmente não procura o posto, se ele não conversar com o agente de saúde, tiver uma orientação: ‘Vá na unidade, faça uma consulta, você está precisando passar por uma consulta’, ele fica com aquele problema, aquele adoecimento e não procura. Muitos entram na depressão, porque ele não fala. Geralmente, a pessoa que tá com adoecimento mental, não se abre muito, não conversa muito (Trabalhador UAPS 4).

O enfraquecimento da noção de território enfraquece a ESF, já que o cuidado se faz em rede e em algum lugar. Esse lugar é definido como o território, um objeto complexo que refleteo conhecimento local, a partir das necessidades e realidades também locais. Assim, o cuidado deve partir do território, envolvendo diferentes estratégias e considerando a construção das relações sociais. A ESF representa um elemento essencial para a implantação do modelo psicossocial, com destaque para os ACS, que são o elo entre a comunidade e as eSF, possibilitando levar para o cenário dos serviços a vida das pessoas a partir do local onde ela se desenvolve e se potencializa (Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

Em relação às equipes NASF-AB faz-se necessário alguns apontamentos. Na UAPS que já sofria com a falta de equipes multiprofissionais do NASF, antes mesmo da pandemia de Covid-19, permitiu-se apenas a inserção de fisioterapeutas, cedidos de outras unidades de saúde, para atender as demandas das repercussões respiratórias e motoras ocasionadas pela Covid-19. Enquanto na UAPS que tinha equipe NASF-AB de referência, permaneceu com profissionais tanto em ações de um serviço de desenvolvimento neuropsicomotor infantil da unidade (Núcleos de Desenvolvimento Infantil- NDIs)¹⁰, quanto para apoio na organização do serviço conforme fluxos da Covid-19 e, posteriormente, em campanhas de vacinação. A escolha de especialidades foi direcionada para intervir nas sequelas respiratórias e motoras da Covid-19, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Além de intensa rotatividade de profissionais de psicologia e pouco contato entre as equipes: “o NASF? eu não lembro do NASF aqui [na pandemia]” (Trabalhador UAPS 1), questões que dificultaram o suporte nos casos de sofrimento psíquico.

Esse achado se relaciona com ocorrências de agendas de trabalho do NASF não definidas em conjunto com as equipes apoiadas e em articulação com os outros membros/serviços especialistas durante a pandemia. Ao se programar as intervenções junto às eSF que demandam apoio e discussão de maneira coletiva das formas de intervenções que serão

¹⁰ Conforme informações da Prefeitura Municipal de Fortaleza (2019), os NDIs são espaços de avaliação e acompanhamento de evoluções neuropsicomotoras em crianças entre zero a três anos de idade para prevenir atrasos e potencializar as atividades cognitivas, funcionais e posturais. A permanência de equipes NASF em Fortaleza, após a extinção do incentivo financeiro pelo Governo Federal, foi atribuída por gestores entrevistados como diretamente relacionada às UAPS que possuem NDIs. Existem 12 NDIs em diferentes UAPS, distribuídos entre as regionais de Fortaleza. Das doze UAPS da Regional 2, seis possuem equipe NASF de referência e quatro destas possuem NDI.

executadas, permite-se que as ações sejam realizadas com corresponsabilização entre todos que participam do processo e ampliam-se as possibilidades de intervenções (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2023), não sendo possíveis em um formato de ações isoladas entre as equipes.

Para os gestores, as equipes NASF foram citadas como relevantes na pandemia de Covid-19 principalmente pelo trabalho de apoio, inicialmente, de organização das unidades, e posteriormente, na organização de campanhas de vacinação contra o coronavírus. Conforme Nota Técnica nº 3 de 2020- DESF/SAPS/MS, os gestores municipais possuem maior autonomia para compor o quadro da equipe NASF (profissionais, carga horária e organização), com a flexibilização de elementos obrigatórios, como cadastramento direto à eSF ou como NASF ou até mesmo profissionais vinculados apenas ao estabelecimento de atenção primária (sem vinculação às eSF). Assim, estão desobrigados a adotarem qualquer modelo, incumbindo aos secretários municipais de saúde a definição de quais profissionais irão compor as equipes multiprofissionais e a carga horária mínima, descaracterizando o papel desses núcleos na APS (Oliveira; Fernandez, 2021).

A Nota Técnica nº 31/2021 trata das orientações preliminares sobre "condições pós-covid", e evidencia que manifestações clínicas psiquiátricas também foram encontradas em pessoas que apresentaram quadros leves, moderados e graves durante a fase aguda da doença, bem como naqueles indivíduos que tiveram infecções assintomáticas, com destaque para ansiedade, depressão e estresse pós-traumático como condições clínicas novas, recorrentes ou persistentes a partir de quatro semanas após a infecção por Covid-19 (SECOVID, 2021). Nota-se que a prioridade na escolha de profissionais para compor equipes NASF nas UAPS pesquisadas e funções estabelecidas às equipes multiprofissionais destinaram-se às necessidades respiratórias e motoras das condições pós-covid, bem como redirecionamento do trabalho para ações diretas à Covid-19, desconsiderando as repercussões psicossociais da população na assistência pela APS e de como essas equipes seriam potentes na oferta de apoio às necessidades em saúde mental na APS e na articulação com serviços especializados, como os CAPS (Giovanella *et al*, 2020; Santos; Bosi, 2021).

Entretanto, redirecionamentos de funções geram efeitos na capacidade de prover alternativas às necessidades amplas de saúde. Tais lacunas, presentes mesmo antes da emergência sanitária, são reforçadas por mudanças vinculadas à saúde no ano 2017 que estabeleceram uma nova Política de Atenção Básica que representou o enfraquecimento das eSF (Santos *et. al*, 2021; Rosa-Cómitre *et al.*, 2023). Assim, a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF foram desincentivadas, com prioridade ao cuidado individual e na

demanda espontânea (Giovanella; Franco; Almeida, 2020), ampliando-se os desafios para efetivação da atenção psicossocial e continuidade do cuidado integral no território.

5.2.1.3 – Estratégias da atenção em saúde mental na APS durante a pandemia.

A partir do referido cenário da APS em tempos de pandemia, identificamos que a demanda de saúde mental da população nas UAPS era encaminhada ao espaço de atendimento “não-covid”, juntamente com todas as outras demandas de saúde.

A partir do material da pesquisa, percebemos que o atendimento à demanda de saúde mental ocorreu com foco na abordagem dos sintomas, garantia de renovação das prescrições de medicamentos e eventuais encaixes de consultas de urgência. O direcionamento dos esforços ao combate à Covid-19: *“tinha muita gente que chegava [com demanda] de saúde mental, mas a gente trabalhava mesmo era no foco da doença [Covid-19]”* (Trabalhador UAPS 3), apontou um cenário que não viabilizou espaço para acompanhamento para além de atendimento individual e medicamentoso.

Para o primeiro atendimento em saúde mental de usuários durante a pandemia, seguia-se o fluxo do acolhimento (enfermagem) e estas eram encaixadas nas urgências com atendimento médico, se avaliassem que só a escuta não funcionaria, prescrevia-se medicação. Em relação aos usuários já acompanhados por questões de saúde mental, permaneceu-se com a renovação de receitas médicas de maneira flexibilizada, através de “horários administrativos”, frequentemente não passando por avaliação médica:

Muitas vezes, por conta da pandemia, o contato com o paciente se tornava apenas com renovação de receita. [...] As pessoas deixavam as receitas e elas eram renovadas, sem acompanhamento. Se a pessoa sentisse a necessidade, ela vinha pro acolhimento do posto de saúde, aí era atendida, mas era mais renovação de receita mesmo. [...] As receitas aumentaram pra seis meses a um ano. A pessoa vinha, deixava com algum profissional [a receita] e o profissional deixava na coordenação (Trabalhador UAPS 2).

[Usuários com demandas de saúde mental] Eles iam para o acolhimento não respiratório e a pessoa que estava nesse acolhimento, o médico ou enfermeiro, fazia uma escuta. E, no caso, era muita prescrição de receita, a gente viu que ele já usava [medicação] e renovava a receita, para a pessoa não ficar sem o tratamento. Não só na parte do CAPS, mas na parte da hipertensão, diabético (Trabalhador UAPS 9).

A validade das receitas de medicamentos foi ampliada para seis meses, em caso de medicamentos sujeitos à controle especial, que contenham a indicação de uso contínuo ou o período de tratamento superior a trinta dias; ou para doze meses para pessoas em tratamento de doenças crônicas desde que contenham a indicação de uso contínuo ou o período de tratamento (Ceará, 2020). A proposta era de postergar a vinda do usuário ao serviço de saúde.

Essa situação de assistência em saúde mental com foco nos sintomas, medicação e atendimento de urgência, apesar de ser demonstrada por parte de profissionais das UAPS e gestores como alternativa possível para não deixar as pessoas em sofrimento psíquico sem atendimento, aproxima-se com o modelo biomédico, com foco no atendimento médico e da medicação como únicas intervenções possíveis, e do modelo asilar/psiquiátrico clássico, que coloca a doença em destaque e reduz a pessoa aos sinais e sintomas. Essas perspectivas vão de contra a proposta de atenção psicossocial que propõe justamente a superação dessas práticas. Assim, defendemos que a APS deve surgir no cenário da saúde para romper com essas perspectivas, para garantir o lugar das práticas de promoção e prevenção em saúde, mas a pandemia de Covid-19 foi percebida como um cenário de restrição, controle e isolamento social que aprofundou o deslocamento da clínica em saúde mental, eminentemente coletiva e territorial para o âmbito do indivíduo (Yasui, Luzio e Amarante, 2018).

Conduzir-se pela doença, como “entidade autônoma”, desconectada do sujeito adoecido e de sua contextualização histórica e sociopolítica, torna-se insuficiente diante dos atravessamentos complexos daquilo que é posto como patológico (Pereira, 2014). Assim sendo, o declínio da orientação territorial dos serviços enfraquece as possibilidades de dar vazão às demandas psicossociais, visto as contradições socioculturais e que a elas estão implicadas, somente compreendidas territorialmente (Yasui; Luzio; Amarante, 2018). Ante as repercussões psicossociais da pandemia, olhares atentos para as experiências do adoecimento mental são requeridos, com práticas clínicas que abordam as situações cotidianas nas quais as intersecções de saúde-doença psíquica se fazem presentes (Mattos; Pereira; Gomes, 2022).

O afastamento e interrupção do acompanhamento dos usuários com demandas de saúde mental foram consequências indicadas pelos trabalhadores das UAPS, dentro do processo de organização do serviço para o atendimento da demanda Covid-19, por medo das pessoas de contaminação e pelo adiamento na procura da unidade de saúde para questões de sofrimento psíquico. Mas também, a demanda de saúde mental foi indicada pelos entrevistados como esquecida ou meramente controlada por meio da medicação.

A gente tava tão focado [em covid-19], que a gente nem se lembrava de saúde mental. A gente não focou em saúde mental não. Se você tem seu medicamento em casa, fique em casa. Eu mesma não me liguei para essas coisas, porque sabia que lá [no CAPS] não estava funcionando, assim como aqui. As pessoas que fazem as receitas lá, iam só pra fazer as receitas [e] aqui também. Então, enquanto não amenizava, tava todo mundo em casa com sua medicação, tando todo mundo em casa com sua medicação, tava show de bola, pronto! (Trabalhador UAPS 3).

Destacamos que pessoas com diagnóstico de transtorno mental também estavam inseridas no grupo de risco para a Covid-19, já que podem ser mais vulneráveis a infecções,

decorrente de déficit cognitivo e de autocuidado, pouca atenção às medidas de prevenção e frágil rede de proteção, acrescidas a barreiras prévias de acesso aos serviços de saúde que tais pessoas já são submetidas (Nabuco; Oliveira; Afonso, 2020). Não considerar isso, pode contribuir para agravamento em saúde mental, fazendo-se necessárias intervenções específicas para esses indivíduos. Entretanto, notamos que apesar das demandas de saúde mental chegarem às unidades, em detrimento da centralidade nas condições clínicas da Covid-19, eram tidas muitas vezes em segundo plano e de maneira fragmentada:

É, na verdade, a saúde mental vem entre linhas. Quando você ia conversar com o paciente, [é] que ele vinha super ansioso. Quando você ia ver, era por causa da COVID, que tinha piorado, acentuado. O que ele já vinha, o que ele já sentia, veio aflorar com maior força. Mas não teve nada que: “ai, vamos trabalhar esses pacientes”, não! A gente atendia e na conversa, você conseguia [perceber]. Era nítido, que o que ele sentia estava bem exacerbado, né, com a questão da pandemia (Trabalhador UAPS 5).

Não, era [uma demanda de saúde mental] velada. Não que as pessoas chegassem no portão dizendo, “olha, eu tô com crise de pânico, eu tô com crise de ansiedade”. Não chegava, não chegava, só chegavam pessoas com sintomas respiratórios. Só se arriscava vir ao posto no caso de suspeita de Covid, todos os outros não vinham, não pisavam nem aqui. Quando muito mandava o filho, alguém mais jovem, mais saudável, mais forte, para pegar a medicação. Mas os idosos mesmo não apareciam aqui de jeito nenhum. Mas ninguém chegou aqui dizendo, “olha, eu vim porque eu tô com crise de ansiedade, eu quero meu sais de lítio”, não vinham (Trabalhador UAPS 7).

Muitas vezes as eSF não compreendem suas práticas de atendimento como cuidado em saúde mental, considerando não serem capacitadas diante da persistência do modelo biomédico na formação e na atuação. Assim, instrumentos de cuidado como o acolhimento e a escuta são pouco explorados em sua prática cotidiana (Mattos; Pereira; Gomes, 2022). Apesar disso, é necessário destacar a iniciativa de trabalhadores das UAPS para o acolhimento do medo e da angústia das pessoas em sofrimento psíquico, mesmo diante do cenário restritivo imposto pela pandemia de Covid-19. Onde buscaram garantir atenção através do fornecimento de informações de prevenção e manejo da doença, mantendo a escuta acerca da vivência dos usuários na pandemia e no manejo de situações de crise, destacando o papel da unidade de saúde para o apoio, cuidado e orientação à população.

Eu lembro de uma paciente que ela chegou e disse assim: ‘doutora, eu moro só com um gato [...], numa vila e eu estou com covid[...]. E as pessoas, quando eu chego na vila, todo mundo fecha a porta e entra.’ E eu disse: ‘eu sei o que você precisa, você precisa de um abraço.’ [...] Ela disse ‘mas a senhora não faça isso, a senhora pode pegar [Covid-19]’. Aí eu abracei ela, forte mesmo. E ela disse: “doutora, eu já pensei até em suicídio”, durante a pandemia, né? ‘Porque eu peguei essa doença e é muita coisa na televisão, diz que vai ficar sequela [...] e as pessoas não querem mais falar comigo.’ E eu disse: ‘você não vai se suicidar não, você vai superar, você vai ficar bem, bote só pensamento positivo na sua cabeça, que você é amada, e na hora que você quiser abraço, você pode vir aqui no posto que eu lhe abraço o dia inteiro. Eu faço as coisas, depois venho e lhe abraço, faço as coisas, venho e lhe abraço.’ Aí ela

riu: ‘doutora, por favor.’ Aí a gente ficou foi tempo abraçada. E assim, isso aconteceu com vários pacientes, que eles se sentiam, todo mundo se sentiu ameaçado e o serviço de saúde era onde eles vinham buscar um pouco de forças (Trabalhador UAPS 7).

Acho que eu salvei muitas vidas, principalmente porque tinham pessoas que estavam com ansiedade. Eu ia na casa, só para colocar o oxímetro, ia acalmar e a pessoa acalmava. As pessoas estavam com taquicardia. Eu fui em muitas casas para acalmar o coração de muita gente no período da pandemia. Eu saía de casa e pedia calma, tal, tal, é só isso aqui, e a pessoa acalmava. Às vezes era só uma dispnéia por conta de uma ansiedade (Trabalhador UAPS 8).

Vou ficar tranquila, vou procurar, pesquisar, vou procurar saber mais em relação a doença. Que é, para mim, também, ter uma segurança, me acalmar, para eu poder repassar para a comunidade, em si, o que era realmente em questão da covid. A questão da informação é importante, muito importante. Aí, foi o que eu consegui. Fiquei tranquila, e consegui trabalhar melhor, ter melhor o cuidado, e repassar também para a comunidade trabalhar isso também. [...] A minha contribuição foi buscar, foi identificar essas pessoas, foi levar uma palavra de conforto e saber realmente e também passar as informações que eu acabei adquirindo pra tentar tranquilizá-las (Trabalhador UAPS 10).

Presencia-se a abordagem de profissionais da saúde com acolhimento ao sofrimento psíquico de usuários sob sua responsabilidade no território, oferecendo um ambiente de escuta e apoio, bem como, criando alternativas para amenizar os efeitos do medo e ansiedade agravados pela pandemia de Covid-19. Seja pelo apoio afetivo de pessoas isoladas e estigmatizadas, ou pelo uso de oxímetro para tranquilizar os usuários com falta de ar, ou até mesmo pela preocupação em manter a população informada e ciente da existência da unidade de saúde e dos trabalhadores como possibilidades de apoio.

Revisar as práticas de cuidado, então, perpassa em estreitar as relações corpo e mente, em um encontro clínico vigilante às dinâmicas das experiências da vida, de modo a induzir transformações no cuidado em saúde mental para além da intervenção psiquiátrica nosológica (Moreira; Onocko-Campos, 2017) e fortalecer o uso de tecnologias leves ou relacionais representadas pelo acolhimento, vínculo e acompanhamento de projetos terapêuticos. O uso das chamadas tecnologias leves ou relacionais, consideradas como trabalho vivo, são defendidas no cuidado em saúde. As tecnologias leve-duras (conhecimento técnico) e duras (instrumentos, maquinaria, procedimentos), consideradas “trabalho morto”, por outro lado, seriam secundárias nesse processo de cuidado, variando de acordo com as necessidades dos sujeitos. Entretanto, problematiza-se que na prática ocorre o contrário, o trabalho vivo é suprimido pelo trabalho morto. Na APS, é reconhecida a tentativa de mudança no modo de produzir saúde por meio da aproximação com o território, com práticas de vigilância e com promoção da saúde, mas enfrenta-se no cotidiano a permanência com práticas centradas em tecnologias duras, instrumentais e prescritivas (Franco; Merhy, 2012).

A pandemia foi um exemplo disso, onde o espaço para o uso de tecnologias leves foi “sufocado” por intervenções voltadas para a prescrição, submetidos a protocolos rígidos que não forneceram espaço amplo para que, mesmo com a utilização de exames, procedimentos e medicações, o usuário fosse visto em sua singularidade e direcionado para atividades e procedimentos compatíveis com suas necessidades. Notadamente foi indicado o desafio para gestores e trabalhadores de exercerem uma atenção psicossocial na APS em um cenário de restrição, controle e isolamento.

Ficaram praticamente inexistentes, porque os ACS, no começo do período da pandemia, tiveram que suspender as visitas, até por eles, né? E aí, essa parte de tudo que era coletivo, de educação em saúde, foram suspensas, porque a gente não podia fazer aglomeração, porque a gente não podia entrar na casa dos usuários. Porque, na verdade, teve um período que nem na rua a gente podia sair direito, né? Então, o que foi assim, de comunitária, a gente deixou de fazer, foi suspenso (Gestor RAPS 5).

E, assim, foi notória a questão da ansiedade, piorou assustadoramente com a questão da pandemia. Pessoas ficaram isoladas, [das outras] pessoas né? Sem escola, gente sem trabalhar dentro de casa, aumentou [tanto] a questão da violência contra a mulher, quanto a violência também com as crianças. Então assim, [as repercussões] eram da criança ao adulto (Trabalhador UAPS 5).

Mas até passar esse processo foi doloroso, porque ninguém queria(...). A pessoa queria qualquer coisa, menos dizer que tem Covid, que você teve Covid, que você está com Covid. [...] Aí lá vem, [da usuário ficar] isolado, né? Chegava para fazer uma visita do idoso, já bem depois [da pandemia] e a pessoa ainda estava naquela situação de isolamento na casa, copos separados, pratos separados. Olha, mexeu demais com o social, com o emocional de todo mundo (Trabalhador UAPS 7).

E aí, o COVID trouxe isso. E aí, era outro problema que eu tinha que lidar [demanda de saúde mental], sem saber como lidar. Porque você já estava em um momento de pandemia, que ninguém saía de casa, que só tinham dois cantos que a gente poderia ir mais frequente: para a farmácia e no supermercado. E aí, você se depara com pessoas totalmente transtornadas (Trabalhador UAPS 11).

Isso demonstrou, inclusive, a necessidade levantada pelos profissionais de que, na pandemia, os problemas de saúde tivessem sido considerados de maneira mais integral, inclusive, levando em conta as repercussões em saúde mental em um cenário de emergência em saúde pública. Os profissionais reforçaram que para uma melhora na assistência em saúde mental, ela deve ser considerada em perspectiva ampla, com integralidade, exigindo o apoio de diferentes profissões, serviços e ações de cuidado que extrapolam o uso da medicação.

Na época da covid-19 mesmo, o que eu entendi era que era pra ser um conjunto, né, de atendimentos. Não só a parte médica, assim, de sintomas. Mas todo um conjunto, assistente social, o psiquiatra, o psicólogo, fora o atendimento médico mesmo, normal do paciente. Então, assim, ficou muito a desejar essa parte da psiquiatria (Trabalhador UAPS 10).

Não temos aquele apoio necessário que é para tratar aquele usuário, aquele indivíduo. Falta muito, é falho. Eu escuto, a gente acolhe, vem para cá, faz a consulta, aí fica só nisso. E aí? Como é que eu vou trabalhar aquele indivíduo como um todo? Vai ser só nessa consulta? Só na prescrição médica? E o restante? É isso aí que é o empecilho

maior. Como é que ele vai melhorar? Não temos, infelizmente (Trabalhador UAPS 12).

Ademais, conforme gestores, algumas UAPS de Fortaleza conseguiram fazer uso de ferramentas da tecnologia para ofertar assistência em saúde mental, como a oferta de *lives* com profissionais de educação física do NASF, estimulando a prática de exercícios físicos e relaxamento, além de grupos no *Whatsapp* com ACS e a população do território para o repasse de informações sobre o funcionamento dos serviços e sobre a Covid-19. A literatura sobre o uso de tecnologias de informação (Duarte *et al.*, 2021) demonstra que diante das limitações físicas impostas na pandemia e da necessidade de continuar ofertando assistência em saúde mental, muitas experiências no Brasil fizeram uso da tecnologia como nova estratégia. Entretanto, as ações em saúde mental com uso de tecnologias para a assistência à população não foram indicadas por trabalhadores das UAPS pesquisadas, demonstrando uma subutilização dessa estratégia para fortalecimento do vínculo e permanência da atenção à saúde mental.

Assim, apesar da defesa do olhar e de adoção de práticas em saúde mais integrais, conforme ressaltados pelos trabalhadores das UAPS, notamos que as ações de integralidade foram prejudicadas, diante de um contexto de adaptação a novos protocolos de saúde, vinculado a um cenário de falta de recursos pessoais, técnicos e estruturais para suporte adequado às pessoas em sofrimento psíquico nas unidades.

É importante destacar que além da população atendida nas UAPS, os próprios trabalhadores das unidades referiram situações de sofrimento psíquico durante a pandemia de Covid-19, relacionado ao medo de contaminação de si e de outras pessoas, luto por familiares, colegas de trabalho e usuários da UAPS:

Eu tinha medo até de ir ao banheiro, porque quando tinha que ir ao banheiro, na hora da troca da roupa, a gente podia se contaminar sem querer. Então, às vezes eu evitava até de ir. [...] E acaba que, aqui teve funcionário que perdeu a esposa, a mãe, então assim, a gente vivenciou isso e isso acaba mexendo com nosso psicológico né. [...] A agente de saúde que chegou aqui: “me socorre, que eu tô morrendo, olha aqui minha pressão que não estou me sentindo bem”, e aí, quando fui olhar a saturação dela estava baixíssima e a gente colocou ela logo no O2 e em seguida mandamos para a UPA, ficou lá um tempo, mas depois veio a falecer, ela tinha outros problemas, né (Trabalhador UAPS 1).

Eu não gosto nem de falar [voz embargada]. As pessoas da comunidade, a gente perdeu muita gente. Gente conhecida, sabe o que é andar em uma rua que morreram três ou quatro pessoas? Todo dia era uma [pessoa] diferente, às vezes duas no mesmo dia. Então, aquilo ali, nosso emocional bate muito, porque a gente vê pessoas conhecidas morrendo mesmo. A covid é uma doença que, se você não for atrás logo, mata de repente. [...] A gente trabalhou aqui na linha de frente e é muito triste você ver as pessoas assim, vendo que não tem mais jeito, dizendo: olha, esse é o último dia dessa pessoa (Trabalhador UAPS 3).

Apesar dos trabalhadores compreenderem a necessidade de reestruturação do trabalho, também se mostraram angustiados diante de situações adversas, como o próprio fato de estarem na linha de frente no combate à Covid-19, ultrapassando muitas vezes as responsabilidades da APS (atendimento de casos graves).

Nós convivemos com situações muito extremas mesmo, de ter duas, três ambulâncias paradas na porta do posto e pessoas oxigenando muito baixo mesmo, e a gente sem ter o que fazer. Os profissionais, a maioria também muito assustados. Não só isso, mas [...] nos deixaram completamente fora da nossa rotina (Trabalhador UAPS 7).

A gente tendo que encaminhar, às vezes não tinha ambulância, era meio cansativo, [...] tipo um serviço de emergência. Era muito cansativo, porque às vezes não tinha tanto oxigênio para todo mundo e a gente tinha que dar conta de um serviço (Trabalhador UAPS 11).

A gente percebeu a [sobre]carga, [por] tudo que você era cobrado, entendeu? Porque veio aquela cobrança de você presenciar, tanta gente chegando aqui pedindo socorro. Se você não tiver psicologicamente bem trabalhado, você vê aquilo ali e você abala, porque era muita coisa aqui. Era muito sofrido, gente quase morrendo aqui dentro. Porque a gente não pega essa demanda [normalmente]. É um ou outro que aparece, mas era uma coisa assim, vou falar grosseiramente, rotineira. Com a pandemia, virou rotina. Você vê aquelas pessoas pedindo socorro por falta de ar, com aquelas tosses todas e a gente não podia fazer [nada]. [Quer dizer], fizemos o que tinha ao nosso alcance, né? Às vezes até a família se chateava, porque é coisa nova: meu irmão vai morrer aqui, meu pai vai morrer aqui. Até eles já estavam no(...), como é que a gente chama? No limite, era sofrido (Trabalhador UAPS 12).

Além da sensação de exaustão pela carga de trabalho excessiva, sem possibilidade de folgas, diminuição no número de trabalhadores no serviço por afastamentos ou demissões voluntárias, provocando sobrecarga de trabalho para quem permanecia e trabalhadores inseridos em diferentes espaços de trabalho, inclusive em vários serviços de linha de frente no combate à Covid-19.

Mas assim, nós [trabalhadores das UAPS] ficamos cansados, porque a gente trabalhava de domingo a domingo [...]. Eu praticamente morei no posto, eu, a gestora e outra profissional também. Como a gente não podia sair para nenhum lugar, a gente vinha trabalhar (Trabalhador UAPS 1).

Essas repercussões seguem uma tendência identificada na literatura, onde trabalhadores expostos direta ou indiretamente no enfrentamento da pandemia possuem maior risco de adoecer e a heterogeneidade da força de trabalho da saúde determina diferentes formas de exposição e contaminação, bem como diferentes fatores associados às condições de trabalho (Rede Covida, 2020).

O suporte da gestão aos trabalhadores foi indicado pela garantia de insumos, como materiais para os procedimentos clínicos e EPIs, e direcionamentos para o trabalho na APS. Poucos indicaram estratégias de suporte em saúde mental, sendo mencionado o Projeto

Sintonia¹¹, que ofertava apoio psicológico virtual para trabalhadores. O projeto foi tido como importante, mas nenhum dos trabalhadores entrevistados relatou ter utilizado, mesmo diante da necessidade apresentada. Apontaram-se falhas para a garantia de efetividade, como a indisponibilidade de psicólogos do projeto por conta de redirecionamento para outras funções ou por adoecimento dos mesmos, sem reposição. Os gestores reconheceram que houve baixa divulgação, feita por email ou *whatsapp* aos serviços e postado na intranet do sistema, mas também apontaram que os trabalhadores se sentiram intimidados por ser um projeto da gestão, demonstrando uma falta de confiança.

A utilização de plantão psicológico remoto foi amplamente defendida na situação imposta pela pandemia para alívio de sofrimento emergencial e acolhimento a partir da experiência vivenciada pelos sujeitos (Lóss *et al.*, 2020). Mas, é necessário reforçar que a promoção da saúde mental dos trabalhadores, assim como o acolhimento das demandas desse público, deve ser algo a ser pensado para além da pandemia, com planejamento e ações que rastreiem as repercussões em saúde mental e efetivem apoio emocional a longo prazo, diante de impactos que podem perdurar por muito tempo (Dantas, 2021). Assim, a necessidade de ações permanentes de saúde mental e mais próximas dos trabalhadores foram ressaltadas por estes participantes.

O Projeto Sintonia não foi suficiente para garantir a sensação de salvaguarda dos trabalhadores, fazendo com que estes buscassem, por conta própria, cuidados em saúde mental, seja através da religião ou recorrendo, quando necessário, ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, com o relato no aumento do uso de psicotrópicos entre trabalhadores das UAPS:

Não teve [suporte em saúde mental], não. Eu lembro até que tinham [disponibilizado], na internet, colocaram no site da prefeitura que tinha um atendimento[Projeto Sintonia]. [...] Eu lembro que tinha, para acolher os profissionais, alguma coisa assim online, mas não era aquela coisa bem divulgada [...], era muito superficial. Não tinha nada mais voltado para a gente, ou individual ou coletivo. Mas assim, eu acho que faltou muito. Uma coisa mais direta, vir aqui, vir nos postos, né? Um grupo, sei lá, conversar com aquele profissional. Eu, inclusive, fiquei muito ruim mesmo. Eu tinha acompanhamento com médicos, eu também tive burnout no período, mas não tinha esse [atendimento] voltado para a gente. Eu acho que até uma terapia de grupo, nem que fosse online, ajudaria, mas não teve esse suporte, não (E19). Busquei [acompanhamento de saúde mental], porque eu já era acompanhada. Eu já tinha

¹¹ O Projeto Sintonia foi implantado em abril de 2020 pela SMS de Fortaleza, em parceria com a Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SDHDS), Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), Vice-Presidência da FUNCI-Primeira Infância, Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPOG). O Projeto contou com 110 psicólogos, 07 supervisores reguladores e 02 supervisores clínicos e tinha capacidade para 844 atendimentos semanais, 171 atendimentos/dia em média, tendo como público alvo cerca de 18.000 profissionais da saúde e 13.783 profissionais da educação. No período de maio a setembro de 2020, foram realizados 622 (seiscentos e vinte e dois) atendimentos, havendo 435 (quatrocentos e trinta e cinco) profissionais cadastrados, dos quais 244 (duzentos e quarenta e quatro) foram trabalhadores da saúde e 191 (cento e noventa e um) da educação (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2020).

ansiedade, mas eu fiquei muito pior. Eu tive, inclusive, eu tive crise de pânico duas, três vezes. Aí, no Burnout, eu tive que tomar outro tipo de medicamento mais forte pra eu poder me reerguer. Fiquei de licença saúde uns dois meses, porque eu não melhorava. Eu nunca tinha tido isso, né? [Mas] eu não tinha tido aquilo, eu não tinha mais força. Passei um mês, eu não conseguia me levantar direito. Era um cansaço, exatamente, exaustão, né? Só mudou de nome. É exaustão, é física, mental e física. Aí, pronto, depois de dois meses, eu fui me recuperando com a medicação, foi que eu consegui me restabelecer (Trabalhador UAPS 5).

A gente viu que teve esse aumento [de sofrimento psíquico nos profissionais] também, de começar a usar remédios controlados para poder dormir. Na minha equipe, teve duas que precisaram. Na equipe de outra, uma ou outra, ou duas também [...]. [Eu recorria] aquele lá de cima. Porque eu sou evangélica, eu trabalhava a minha mente lendo a Bíblia. Que a gente não podia também, não podia ir para a igreja, mas o que me fortaleceu foi o Senhor (Trabalhador UAPS 12).

Portanto, apesar dos sintomas clínicos repercutirem no corpo do indivíduo, a problemática da pandemia de Covid-19, crise sanitária de amplas proporções, deve ser considerada como social e, por isso, deve ser relacionada ao coletivo (Pereira Soares *et al.*, 2022). Assim, além do estímulo as práticas de autocuidado para promover a saúde mental existiu a necessidade de intervenções amplas de saúde para trabalhadores e usuários, criticando-se o enfoque estritamente em cuidados individuais para lidar com a situação complexa da pandemia que afeta toda uma coletividade.

5.2.2 Atenção especializada em saúde mental na pandemia de Covid-19: o CAPS Geral como serviço essencial em contingência.

Esta seção analisa a atuação de um CAPS Geral de Fortaleza durante a pandemia de Covid-19. A partir da análise dos resultados de documentos e entrevistas com gestores da saúde mental da capital e trabalhadores do serviço especializado, abordamos medidas de cuidado e lacunas deste dispositivo considerado “serviço essencial” especializado em saúde mental para adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Um serviço essencial não pode ser paralisado nem durante uma quarentena, precisando manter suas atividades para garantir atenção, medicamentos, insumos e materiais necessários à sobrevivência, saúde, abastecimento e segurança da população (Brasil, 2020).

5.2.2.1 - Orientações para assistência em saúde mental no CAPS Geral durante a pandemia.

Durante a pandemia de Covid-19, o MS recomendou aos serviços da RAPS não interromperem seus atendimentos, ao mesmo tempo que era exigido o emprego urgente de medidas de proteção, controle e contenção de riscos, indicando que cuidados adicionais em

atenção psicossocial seriam necessários na iminência de crises e sofrimento psíquico da população.

As orientações nacionais indicavam dar continuidade nas atividades assistenciais nos serviços da RAPS, por meio do acolhimento, suporte às pessoas em situação de crise, manejo das agudizações e exacerbações, riscos e acompanhamento dos projetos terapêuticos em progresso. Mas, para isso, os serviços deveriam colocar em prática a prevenção de aglomerações, avaliando a possibilidade de adiamento e redistribuição de consultas e atendimentos; ajustar o atendimento psicossocial às rotinas e protocolos assistenciais para a abordagem da pandemia por SARS-CoV-2 na APS, definindo o foco na manutenção da farmacologia necessária para a prevenção ao suicídio e suporte domiciliar às pessoas do grupo de risco para Covid-19 (SAPS, 2020c).

No âmbito estadual, houve a orientação de reorganização dos serviços de saúde com o objetivo de estabelecer ou seguir fluxos de atendimento no âmbito dos territórios das redes assistenciais. Indicou-se a preocupação em monitorar usuários com suspeita de infecção, garantindo a integralidade do cuidado, avaliação e acompanhamento de sinais e sintomas de covid-19, encaminhamento de usuários sintomáticos à serviços de referência; articulação com APS e vigilância; reestruturar a agenda do serviço, suspendendo atividades coletivas e substituindo por videoconferências (SESA, 2020).

No município de Fortaleza, o recomendado foi a suspensão de todas as atividades coletivas (grupos, oficinas, reuniões de equipe, matriciamento, preceptoria de estágio e residência); suspensão de atendimentos presenciais individuais com psicologia e terapia ocupacional (exceto de pessoas em situação de crise), mantendo orientações por telefone; suspensão de visitas domiciliares (exceto de pacientes com risco de recaídas, ideação suicida e instáveis/crise que não tem condições de vir ao serviço, visitas judiciais e aplicação de doses supervisionadas do haldol decanoato); orientação para deslocamento ao CAPS apenas para receber a medicação, em casos de urgência e /ou necessidade de renovação de receituários especiais; avaliação por telefone para necessidade deslocamento de usuário ao serviço e realização de atendimento psicológico online (Prefeitura de Fortaleza, 2020b).

Tal como se observou nos serviços de APS, as orientações gerais da gestão e informações sobre Covid-19 para os CAPS foram direcionadas através de ferramenta de comunicação remota (e-mail e *whatsapp*). Para alguns entrevistados, a comunicação entre gestão municipal e regional com a gestão de dispositivos, contribuiu para garantir o funcionamento dos serviços, dando subsídios às equipes para lidar com o contexto de crise:

Os protocolos ajudaram a gerenciar esse fluxo de atendimentos, a entender melhor o que estava acontecendo, embora fosse uma doença desconhecida. Então, pra gente, também era um desconhecimento muito grande. Mas os protocolos nos atendimentos ao fluxo ajudaram a gente a, digamos assim, gerenciar de uma forma melhor e com mais tranquilidade essa explosão de pessoas adoecidas por conta da pandemia. Mas [também] adoecidas mentalmente por conta desse desconhecido, desse inimigo desconhecido, como eles diziam pra gente. Acho que esses protocolos de como gerenciar esses fluxos nos ajudaram (Trabalhador CAPS 2).

[Os direcionamentos municipais] Eram bem diretivos, eu achei isso muito bom, porque eu entendo que nós vivemos em sociedade e cada um contribui como pode. Mesmo como médico, eu entendo, e como psiquiatra, eu entendo as minhas limitações. [...] Vinham informações desse tipo, agora tem que ser assim, assim, assim. A sala tem que ter isso, isso e isso. E isso nos deixava seguros, de que se eu fizesse o que estava lá orientado, eu ia ter um pouco mais de segurança para evitar a contaminação (Trabalhador CAPS 5).

Em contraponto, para outros sujeitos da pesquisa, teceram-se críticas à atuação da gestão municipal. Por exemplo, o Plano Municipal de Contingência da RAPS de Fortaleza teve orientações generalistas, com recomendações incipientes para cada tipo de CAPS (geral, álcool e drogas e infantojuvenil) e outros equipamentos da rede (SRT e UAs), centradas na garantia dos serviços abertos ao público, mas sem se preocupar com especificidades e condições dos serviços e territórios.

No caso estudado, apesar da gestão municipal ter elaborado um plano de contingência precisamente em abril de 2020, a percepção recorrente foi de que a gestão municipal não foi ágil com os CAPS, posto uma emergência em saúde pública de elevada gravidade declarada desde fevereiro do mesmo ano. Além disso, atualizações eram necessárias nos diferentes momentos da pandemia, mas nem sempre existiam respostas rápidas:

[O Plano de Contingência da RAPS] Ele foi atualizado depois de muita solicitação. E, a atualização dele, não gerou tanto impacto, porque nós já tínhamos nos reorganizado. Não digo nem só por esse serviço, mas todos os outros, demorou muito! (Trabalhador CAPS 1).

Por conta da ausência de orientações frequentes, a equipe do CAPS teve a iniciativa de organizar o espaço e o fluxo de trabalho, com base nas informações disponíveis, dentre elas boletins epidemiológicos e notas técnicas. Os respondentes não alegaram grandes mudanças após o acesso ao plano de contingência da RAPS, além do respaldo da gestão no formato de organização do serviço e suspensão/restrição formal de atividades coletivas e no território.

[...] Demorou muito tempo pra ser construído um plano de contingência para a saúde mental. Então, foi criado o plano de contingência pra atenção básica e, o nosso, a gente se adiantou. Porque se a gente ficasse esperando vim da secretaria alguma orientação, isso não aconteceu com brevidade né. Acabou acontecendo bem depois, e aí, a gente se organizou aqui. Essa equipe é muito boa nesse CAPS, então, a gente conversou várias vezes. Então, a gente levantava as pautas, organizamos e reorganizamos o serviço. A cada semana a gente se sentava, via os boletins epidemiológicos de números de casos, tentava reorganizar dentro do serviço (Trabalhador CAPS 3).

Destacamos a autonomia da equipe do CAPS Geral, diante da insuficiência de regras e ausência de experiências prévias, relacionadas às condições impostas com a emergência em saúde pública. É relevante perceber que diante do contexto de crise, como o da pandemia de Covid-19, os atores responsáveis por implementar políticas de saúde foram expostos a eventos excepcionais que alteraram os arranjos estruturais sob os quais atuavam normalmente, gerando insuficiência de recursos, suspensão de regras e de rotinas e alteração das práticas de trabalho. Por vezes, exigiu-se discricionariedade desses atores (entendimento das normas e aplicação na realidade) para a tomada de decisões rápidas que necessitavam ser definidas em um contexto atravessado pela imprevisibilidade. Significa dizer que precisaram adaptar os conhecimentos e habilidades no desempenho de suas funções essenciais para implementação da política, produzindo mudanças e tomadas de decisão rápidas (Fernandez *et al.*, 2023).

O CAPS Geral foi reconhecido como um espaço de cuidado, mas também de risco para os profissionais e gestores durante a pandemia de Covid-19. Assim, a estrutura de trabalho foi definida nesse sentido, reconhecendo-se a necessidade de estarem abertos, mas com atendimentos restritos ou suspensos, seguindo as medidas de prevenção e cuidado da Covid-19.

Então, [a pandemia] foi uma outra preocupação, porque além da preocupação relacionada em como seria a assistência desses nossos usuários, de como a gente iria garantir, porque são pacientes que, de uma forma geral, são portadores de um transtorno crônico. E aí, eles não poderiam ficar sem a medicação, eles não poderiam ficar sem o acompanhamento regular. Mas, ao mesmo tempo, a gente entendia o equipamento também como um espaço de risco. Principalmente no início, porque a gente tem, como eu expliquei, às oito horas da manhã, isso aqui é um caos, muitas pessoas aglomeradas em um único espaço e a gente percebia isso. [...] Mas, foi um desafio entender que os pacientes precisavam ser cuidados, mas, ao mesmo tempo, entender que esse espaço também era um espaço de risco. E aí, a gente começou a trabalhar dentro dessa perspectiva. [...] Tentamos, da melhor forma possível, não tornar esse espaço um espaço de contaminação. Então, tinha essa preocupação muito intensa, [...], [mas também] tinha muita responsabilidade, porque também a gente não poderia só restringir o acesso e a gente prejudicar o cuidado em saúde mental da população (Trabalhador CAPS 5).

O entendimento de que os serviços precisam ser reorganizados para garantir o atendimento durante a pandemia de Covid-19 também implica considerar a necessidade por parte daqueles que precisam de suporte presencial, bem como, criar formas de preservar o vínculo com aqueles que poderiam se manter afastados do serviço por algum tempo (Lobosque, 2021). O funcionamento dos serviços de saúde mental e a atuação do profissional não devem se apoiar no confinamento na prática cotidiana, problema este historicamente presente para pessoas com transtornos mentais (Dimenstein; Simoni; Londero, 2020). Assim, no contexto da pandemia de Covid-19, a função social da assistência do CAPS não deveria ser alterada, apesar de mudanças de rotinas e fluxos para o enfrentamento da pandemia (Andrade *et al.*, 2021).

Mas na prática, o que se percebeu foi que trabalhadores do CAPS Geral estabeleceram ações pontuais e emergenciais em condições de muitas incertezas e dúvidas sobre os fluxos de trabalho, além de baixo investimento ou planejamento da gestão central para garantir atendimentos efetivos em saúde mental nesse contexto.

Então, esses são os desafios atuais, eu poderia colocar mais questões aqui de falta de reunião geral com gestores para avaliar, para tentar pelo menos parametrizar alguns fluxos. Porque se você for andar, nós temos atualmente seis CAPS Gerais em Fortaleza, nenhum deles tem funcionamento igual, nenhum. Todos têm um funcionamento diferente, precisa-se ter um funcionamento diferente? Precisa-se! [Mas] É necessário um fluxo né, parece incoerente, mas não é. [...] A gente não sabia o que fazer e nem como lidar com aquilo, né (Gestor RAPS 1).

É porque, assim, por mais que se definem protocolos para todos os CAPS da rede, a gente tem que entender que cada CAPS tem um fluxo e tem uma forma de conduzir a equipe, de conduzir seu trabalho. Então, claro que não dar pra pegar uma receita de bolo e querer aplicar em todos os serviços (Trabalhador CAPS 2).

Reforçamos que cada CAPS atua em um território distinto, com realidades e demandas específicas e necessitando de diferentes ações (Benedito, 2022), mas impõe-se como necessário, o fornecimento de orientações claras para o funcionamento dos serviços, principalmente atravessados pelo contexto de crise sanitária, direcionando a construção do cuidado de maneira ampla, mas considerando especificidades de cada território e infraestrutura de serviços, possibilitando o funcionamento do dispositivo de saúde mental e acesso da população que necessita de seu atendimento (Andrade *et al.*, 2021).

Observamos que os planos de contingência em saúde foram elaborados de maneira fragmentada de outras políticas relevantes para a atenção de base comunitária, como a política de assistência social e educação.

Foi terrível, em relação aos encaminhamentos que a gente não conseguia fazer. Porque acaba que o nosso trabalho é em rede né, nosso trabalho é de mediação né. Então, a gente não tinha mediação com o CRAS fechado, o CREAS também, com atendimentos online. O fluxo era muito quebrado, isso dava muito mais desconforto e desgaste para nós de não conseguir essas mediações (Trabalhador CAPS 4).

Então, a gente, antes da pandemia, a gente já começou a fazer uma articulação, né, do CAPS com alguns postos [...]. E aí, a gente já começou a ir em alguns equipamentos, dentro dessa perspectiva de conhecer os equipamentos e colaborar com as ações de saúde mental nos equipamentos, nas unidades básicas de saúde, no CRAS, no CREAS, nas escolas. Com a pandemia, a gente não pôde mais ir para esses equipamentos, né? As escolas fecharam, os CRAS e os CREAS todos tinham os seus planos de contingência e a gente acabou não tendo mais essas ações (Trabalhador CAPS 5).

A ocorrência de planos de contingência elaborados e aplicados de maneira fragmentada, implica na inviabilidade de atendimento integral à saúde da população, já que a complexidade que envolve o campo da saúde mental não encontra espaço para intervenção efetiva ao se considerar redes de saúde e intersetoriais de maneira isolada. Amaral e Bosi (2013) argumentam que a rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é maior do que o

conjunto de dispositivos formais de saúde que compõem a RAPS, articulando recursos familiares e comunitários dos sujeitos, envolvendo outras instituições, associações e variados espaços das cidades. Assim, o aspecto territorial na saúde e saúde mental seria propiciador de reinserção social e não apenas de tratamento de adoecimentos. Além da integração da saúde mental e do apoio psicossocial (SMAPS) em contextos de emergência serem consideradas uma questão transversal entre todos os setores/pilares envolvidos na resposta em todas as fases de uma emergência: preparação, resposta e recuperação (OPAS, 2023).

Ademais, destacamos a dificuldade do serviço especializado de implementar as medidas orientadas para prevenir e controlar a Covid-19, por meio do distanciamento social e medidas de higiene, demonstrando que a estrutura física do CAPS Geral era um obstáculo à segurança dos trabalhadores e usuários, considerando a predominância de salas fechadas e climatizadas¹².

Então, eram trazidos pra gente esses protocolos de como conduzir a situação. Mas aí a nossa gestora nos colocou, dentro da nossa realidade, o que é possível fazer e o que não é possível fazer [...]. Por exemplo, ‘o que vocês acham, durante a pandemia, dar pra ficar numa sala presa com o paciente? uma sala que não tem uma ventilação muito boa?’. Não, na nossa não dar, é melhor a gente atender na sala tal. Então, a gente ia rediscutindo esses protocolos, de modo que a nossa realidade favorecesse um atendimento seguro, tanto para paciente, quanto para o profissional (Trabalhador CAPS 2).

[...] Não tinha como você cumprir todas as etapas dos processos né. Tem uma pia de lavar mão aqui, mas a pessoa tinha que permear todo o serviço para chegar nela, né. A gente tentava distribuir máscara para os usuários que vinham sem máscara né, mas foi muito difícil (Trabalhador CAPS 4).

Percebemos que a estrutura física do serviço é uma demanda de insatisfação pelos trabalhadores e gestores desde antes da pandemia de Covid-19. O imóvel não é compatível com um equipamento psicossocial, onde aguardam desde 2019 por uma mudança. Com a situação de crise instaurada pela pandemia, o desafio da infraestrutura para assistência psicossocial aliou-se ao desmonte do serviço público e contexto de ‘contrarreforma’ deflagrada no período, onde trabalhadores são expostos a condições de trabalho não adequadas e sem reconhecimento na tentativa de efetivar o trabalho em saúde mental, mesmo diante de uma realidade em que se encontram de falta de investimento nos serviços, nos equipamentos de trabalho e em recursos humanos (Egerland Bueno, 2021).

¹² O equipamento está inserido em espaço alugado, possui uma recepção em ambiente fechado com um aparelho de ventilação, onze salas climatizadas (uma sala para atividade coletiva, uma sala para a dose supervisionada, duas salas para funções administrativas, uma farmácia, uma sala para equipe de enfermagem, cinco salas para acolhimento e atendimentos individuais), dois banheiros para usuários e um banheiro para profissionais na área interna, uma cozinha/copa e uma área externa para atividades coletivas e alimentação de usuários e profissionais.

Notamos que a relação entre gestores de diferentes espaços pareceu tensionada, indicando pouca visibilidade da política de saúde mental no cenário da pandemia, com falta de EPIs para os trabalhadores do CAPS Geral e ausência de acompanhamento na organização de fluxos do serviço, sem o devido apoio para sua adequação às orientações. As necessidades do serviço especializado foram repassadas para a gestão de maneira frequente, mas tinha-se dificuldade de retornos efetivos. Em relação a isso, é importante destacar que gestores também foram redirecionados para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, com suas ações sendo destinadas a demandas urgentes, como solicitações de ambulâncias, articulação de vagas em leitos hospitalares e campanhas de vacinação:

Durante a pandemia, a gente não trabalhou especificamente, por exemplo, só com saúde mental, [...] não. A equipe toda [da gestão] trabalhou pra tudo, entendeu? Então, assim, chegaram momentos em que eu ia atrás de vaga de ambulância do SAMU, eu ia atrás de vaga pra hospital, porque tinha que fazer. Então assim, na pandemia, todo mundo trabalhou pra tudo, né? (Gestor RAPS 4).

E aí, estando na gestão, a gente tinha que monitorar muito esse uso [dos serviços de saúde na pandemia], esse fluxo, esse passo a passo que a pessoa com Covid, enfim, a população da gente precisava ingressar no sistema de saúde (Gestor RAPS 7).

Neste sentido, não foi proporcionado o devido preparo e acompanhamento da gestão na adaptação das exigências impostas pela Covid-19. A priorização de casos de Covid-19 trouxe a compreensão por parte de gestores e de grande parte dos trabalhadores de que a atenção em saúde mental foi insuficiente ou mesmo nula no período:

Assim, era uma correria geral, não tinha como. Porque, realmente, a saúde mental na pandemia foi, como eu disse, a gente praticamente não fez, né. Não tinha nada que eu possa te dizer assim, que isso aconteceu durante a pandemia para a saúde mental. Não teve um incremento, a gente ficou bem perdido mesmo na pandemia pra nossa função de saúde mental. Foi bem complexo, [mas] no fim deu certo né, entre aspas [suspiro] (Gestor RAPS 4).

De acordo com Furtado e Chioro (2021), o sistema de saúde direcionado às ações pertinentes à Covid-19 deixou as demandas em saúde mental em uma espécie de limbo, *“cabendo a cada equipe, portanto, construir sozinha seu plano de ação e estratégias de resiliência”* (p. 333). Por certo, as dificuldades na gestão na saúde mental ampliaram as dificuldades no fluxo dos usuários nos equipamentos de saúde, reprimindo demandas e produzindo lacunas assistenciais relevantes (Caminha; Jorge; Linard, 2021).

Ainda em relação à segurança, particularmente à garantia de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para trabalhadores do CAPS, houveram relatos de demora na disponibilização de materiais pela gestão municipal. Alguns comentaram sobre improvisos, como o uso de máscaras de tecido, adquiridas com recursos próprios. Também se comenta sobre o esforço das coordenadoras de serviços adquirirem o material: *“ela [coordenadora] brigou por isso, assim como outros gestores [dos serviços] brigaram por isso. Daí, foi que começaram*

a mandar pra gente” (Trabalhador CAPS 2). Também se comenta de uma distinção entre tipos de serviços de saúde, considerando a disponibilidade de EPIs. Essa situação gerou desconforto e sensação de desproteção, inclusive que afeta a saúde mental dos trabalhadores:

Pra você ter uma ideia, os EPIs pra gente vieram tempos depois, porque até então, só quem tinha EPI é quem estava na linha de frente, sendo que a gente também atendia pacientes com sintomas. Então, que saúde mental é essa que eu quero que o profissional acolha né, e atenda essas demandas do usuário, se eu também não proporciono cuidados para esse profissional? (Trabalhador CAPS 2).

Sem falar também da nossa saúde mental. Porque, eu dizia que, às vezes [...], porque eu trabalho no hospital de saúde mental também. Lá no hospital, eu trabalho na emergência. E eu dizia que lá passou a ser serviço de referência para paciente psiquiátrico com Covid, então, eu já recebi o paciente com possível diagnóstico de Covid. Mas, lá, eu me sentia mais, digamos assim, mais protegido do que mesmo aqui. [...]. Como não éramos um equipamento Covid, efetivamente, a gente não tinha as orientações de ficar usando efetivamente todo o material de proteção individual. Só que a gente atendia diretamente pacientes que você percebia que estavam gripados, pacientes que traziam um quadro de dor de garganta, de dor de cabeça, de coriza.[...]. Eu me sinto mais exposto aqui do que mesmo no hospital, que era o equipamento que eu sabia [que] “ó esse paciente é Covid positivo”, eu atendia. Mas lá, eu estava com todo o EPI, eu me sentia seguro (Trabalhador CAPS 5).

Principalmente nas fases iniciais da pandemia houve uma corrida para obtenção de insumos de proteção. Com a falta de produção suficiente para a demanda no país, a prioridade era dada aos serviços na linha de frente, caracterizando um acesso diferenciado aos EPIs para os serviços de saúde. Os resultados reforçam que o uso de EPIs e práticas de acolhimento alinhadas à biossegurança estão associados à sensação de salvaguarda no trabalho, impactando na garantia de atendimento para trabalhadores e usuários do serviço (Andrade *et al*, 2021).

A relação entre a coordenação do CAPS Geral e dos profissionais do serviço foi bem avaliada. A coordenação do serviço teria acompanhado a execução de ações e apoiado nos cuidados dos usuários com a equipe, utilizando-se de ferramenta remota para transmitir orientações e informações a todos os profissionais. No CAPS Geral foi possível também a permanência de reuniões de equipe para decisão em conjunto sobre as mudanças no processo de trabalho.

[...] A gente recebia [orientações] da Secretaria de Saúde, tinha uma reunião pra definir aquele protocolo e a gente recebia e ela [coordenadora] discutia com a gente. Quando eu digo online, é no sentido dela receber o protocolo desses fluxos e aí a gente tinha reuniões em que esses fluxos eram discutidos em equipe, de como conduzir a situação, de como dar um atendimento e algo que pudesse acolher esses pacientes (Trabalhador CAPS 2).

Os trabalhadores destacaram que a possibilidade de trabalho colaborativo seria possível nas reuniões de equipe que permaneceram semanalmente no CAPS Geral, através do compartilhamento de casos e apoio na criação de estratégias de intervenção. O cuidado em saúde mental, pautado na atenção psicossocial, deve ser essencialmente interprofissional, exercendo a finalidade de ampliação do acesso, qualificação do cuidado, articulação dos

serviços da rede e democratização e corresponsabilização do cuidado (Campos; Bezerra; Jorge, 2018).

O espaço das reuniões também foi indicado como possibilidade de garantir troca de experiências das vivências no cotidiano da pandemia, dos efeitos físicos e psicológicos dos trabalhadores, promovendo entre profissionais e gestão do serviço orientações e sugestões para promoção do autocuidado, inclusive, da necessidade de busca de cuidados em saúde mental para os trabalhadores. O suporte da coordenação e aproximação entre a equipe do CAPS Geral foram consideradas potencialidades para os trabalhadores atravessarem o cenário de crise.

A equipe aqui é muito unida, sabe. É uma equipe que chega junto, se apoia. Olha, tem esse caso, pois vamos aqui, vamos discutir. Chaga na sala do médico, ou do enfermeiro, ou terapeuta ocupacional e a gente troca. E a gente teve momentos...é, eu lembro que nas reuniões de equipe mesmo, a gente colocava os nossos desafios pessoais de como estava sendo pra gente. A nossa gestora também tem essa visão de cuidado com a equipe, então, isso acabou que foi diminuindo os impactos né. [...] A gente abria esses espaços pra falar das nossas inquietações, dos nossos anseios e acabou aliviando (Trabalhador CAPS 1).

A gente consegue se acolher, a gente consegue dar colo para o outro, dar escuta ao sofrimento do outro e a nossa gestora [do serviço] valoriza muito isso. Eu acho que foi um fato primordial para a gente ultrapassar toda essa pandemia, ela valoriza muito essa questão de nos acolher. Então, acho que a gente conseguiu superar bem essa pandemia porque nós tínhamos uma equipe forte, unida, implicada no trabalho, de não deixar o outro sozinho diante de uma situação e a gestão [do serviço] também sempre lutando pela nossa proteção e cuidado (Trabalhador CAPS 2).

Assim, mesmo nesse contexto, é relevante perceber a importância da solidariedade, da empatia e do compartilhamento entre os atores políticos, indicando que são fatores fundamentais para o sucesso das estratégias na pandemia e para o fortalecimento do compromisso em defesa da população e do próprio SUS (Castro *et al.*, 2023). Além disso, a comunicação é parte integrante para o desenvolvimento da cultura de um grupo e de sua colaboração interprofissional, com a possibilidade de exercer um canal aberto e efetivo entre as equipes de saúde para compartilhamento de inquietações e potencialidades (Previato; Baldissera, 2018).

5.2.2.2 - *Acolhimento em saúde mental no CAPS Geral na pandemia.*

Mudanças aconteceram em diferentes dimensões desde a recepção dos usuários até o atendimento e acompanhamento destes no serviço e no território. Os discursos convergem de que a atenção em saúde mental no serviço especializado foi impactada profundamente no cenário de crise, onde ações consideradas essenciais no cuidado psicossocial foram canceladas: atividades coletivas (grupos), matriciamento em saúde mental, acompanhamento/alimentação

dos usuários em regime de tratamento intensivo e semi-intensivo, visitas domiciliares e institucionais e afastamento dos usuários e dos territórios.

A gente suspendeu os atendimentos presenciais, os atendimentos individuais, tipo, psicoterapia presencial, consulta médica presencial, os grupos foram suspensos. Então, os atendimentos que você precisaria passar mais tempo com o paciente, eles foram suspensos (Trabalhador CAPS 1).

A gente tentou se organizar na medida do possível, mas a gente não tinha pernas pra muitas coisas né. Visitas não puderam ser feitas, os grupos não puderam ser mantidos pelas urgências da pandemia. Então, a gente funcionou com o mínimo, digamos assim (Trabalhador CAPS 3).

O “mínimo”, ao qual trabalhadores e gestores do CAPS Geral fazem referência era “*não deixar o paciente sem a medicação para ele não entrar em crise*” (Gestor RAPS 1). Percebe-se que o discurso biomédico já presente anteriormente, encontrou terreno fértil no contexto pandêmico, com agravamento da lógica de evitação da crise, através da garantia de assistência em saúde mental primordialmente pela medicação, desconsiderando o que é essencial para atenção psicossocial, como reabilitação psicossocial, cuidado integral e em liberdade (Seixas *et al*, 2021; Silvano *et al.*, 2022).

Para garantir as medicações aos usuários, houve a decisão de ampliação da validade das receitas médicas durante a pandemia, com o intuito de reduzir o fluxo de pacientes nas unidades de saúde, de forma a prevenir a contaminação pelo Covid-19 (Ceará, 2020). Os trabalhadores e gestores apontaram que essa situação teria colaborado para diminuição da circulação de pessoas, pois reduziu a necessidade de atendimento direto ao usuário de maneira frequente.

As receitas, que antes eram válidas por dois meses, aliás, a pessoa pegava medicação para até dois meses com a receita que era emitida, passou a ter validade para seis meses. Então, pegava uma medicação para um mês, vinha depois, só apresentava a receita na farmácia, sem necessidade de passar pelo acolhimento. Isso facilitou muito, porque diminuiu o fluxo de pessoas para o acolhimento e as pessoas conseguiam acessar a medicação. Então assim, tiveram essas estratégias né. Isso foi uma mudança que teve na pandemia que até melhorou, na minha visão, o fluxo de pacientes aqui dentro de acesso à medicação (Trabalhador CAPS 3).

Nós passamos a pandemia toda assim, renovando automaticamente. Porque quando essa nota vencia, o Ministério da Saúde emitia outra por mais seis meses, prolongando. Porque se pensava que a pandemia ia passar rápido. Então, [...] gente passou esses dois anos só renovando automaticamente. Porque não tinha o atendimento do médico para renovações, nem de receitas, nem da LME [laudo de solicitação, avaliação e autorização]. Com isso, essa renovação automática ajudou muito os pacientes e nós profissionais. [...] [Na pandemia], não aconteciam os acolhimentos, só aconteciam as intercorrências. Se tivesse um atendimento de intercorrências aqui, a gente atenderia. Mas não tinha esses acolhimentos porque, devido à pandemia, os atendimentos ficaram muito menos. Por isso que não se exigia que o paciente viesse renovar a receita (Trabalhador CAPS 6).

Mas a medicação, apesar de garantida, foi apontada por alguns trabalhadores como insuficiente para garantir o aporte em saúde mental, inclusive, indicando que o afastamento dos

usuários do serviço e conseqüentemente de atividades coletivas, também poderia colaborar com o agravamento do sofrimento psíquico:

Assim, impactou de várias maneiras na vida dos pacientes, de várias maneiras. Teve pacientes que não vieram mais fazer o tratamento, porque imaginavam que o tratamento estivesse fechado, aí não veio mais procurar o serviço. Procurava conseguir uma receita, comprar o medicamento, mas não vinha mais o serviço. [...] Tivemos muitos problemas na questão do tratamento, da continuidade do tratamento, o abandono dessa continuidade do tratamento. Mas, assim, o que na nossa unidade podia fazer era a partir do momento que o paciente voltasse, que a família viesse. Mas, infelizmente, teve essa questão do paciente, todo mundo ficou com uma apreensão muito grande, muito abalado emocionalmente com relação à pandemia. Muitos pacientes tiveram agravo da doença por conta disso. Pacientes que tinham uma vida muito ativa dentro da própria unidade. Porque aqui nós tínhamos grupos de música, de costura e psicomotricidade, aí faziam muita falta pra eles. Isso acelerou outros processos, outros gatilhos da saúde mental deles, né? Isso aí, pra eles passarem, foi muito ruim, né? Eles não tiveram essa convivência, né, durante a pandemia. Aí, prejudicou muito a saúde deles, muito mesmo. [...] É uma maneira do cuidado com o paciente e, realmente, faltou na pandemia (Trabalhador CAPS 6).

Apesar de desafiante, a conjuntura da pandemia exigiria ainda mais investimento em estratégias de acompanhamento dos usuários de saúde mental, por meio da utilização de tecnologias leves que promovessem vínculo, responsabilização e compartilhamento do cuidado. (Andrade *et al.*, 2021). Mas, paradoxalmente, a pandemia de Covid-19 colaborou com o afastamento de serviços comunitários dos territórios e não garantiu condições efetivas de uma atenção psicossocial. Além dessas estratégias que reduziram o número de usuários no CAPS, houve redução de atendimentos pelo medo de contaminação dos usuários que evitavam se deslocar para o serviço. O medo da transmissão da doença e a insegurança de profissionais e usuários reforçaram consultas curtas e sem privacidade, com uma tendência de desmobilização de ações rotineiras de cuidado e redução do vínculo, deixando as equipes mais isoladas e distantes da população, destituídas do lugar de cuidado (Andrade *et al.*, 2021; Seixas *et al.*, 2021).

Além da garantia da medicação, lançou-se a proposta de “*mais acolhimento e menos agenda*” (Trabalhador CAPS 5) para garantir acesso a um maior número de usuários para a orientações de autocuidado e atendimento médico voltado à crise; garantia da medicação, através de renovação de receitas e atendimento no serviço de dose supervisionada (aplicação do Haldol Decanoato e a administração de medicamentos fracionados) e manutenção de acompanhamento psicológico. Contudo, com a ideia de “adaptar o tratamento em saúde mental”:

Algum atestado, alguma escuta qualificada, porque está com intensificação de sintomas. Isso tudo a gente fazia, a gente tentava se organizar, embora com uma maior brevidade para evitar que os pacientes ficassem mais tempo no serviço. [...] O que a gente tentava fazer era oferecer a escuta qualificada, e digamos assim, adaptar o tratamento em saúde mental. No sentido de que, “ah, eu não tô bem, aumentaram os

sintomas de ansiedade e tudo”, é necessário um ajuste medicamentoso, é necessário um contato com alguém da família né, a gente ia vendo de acordo com a demanda de cada paciente e tentava passar esse acolhimento, essa segurança de que a gente tava disponível para oferecer esse acolhimento em saúde mental (Trabalhador CAPS 1).

O acolhimento da gente é acolher o paciente que está vindo renovar receita, porque não está bem e precisa falar com o profissional pra repassar os sintomas que está sentindo. Então, a gente deixou de atender nesses grupos que são realizados aqui no serviço, todos os profissionais juntos focaram a atenção nos acolhimentos como uma forma da gente atender um maior número de demandas. Porque, como lhe disse, com a pandemia, a nossa demanda triplicou. E poder também vazar mais rápido a permanência desses usuários dentro do serviço, de modo que eles não ficassem aglomerados e não ficassem, vamos dizer assim, que a pandemia se alastrasse mais ainda (Trabalhador CAPS 2).

A recepção do serviço foi transferida para uma área aberta do equipamento, onde antes seria o espaço de convivência, de realização de grupos e atividades coletivas. Nesse sentido, a equipe definiu a função do “plantão de porta”, onde um trabalhador de nível superior recebia os usuários para identificar a ocorrência ou não de sintomas gripais e verificar o motivo da procura pelo atendimento no serviço. Essa função era definida de maneira rotativa entre profissionais: *“nós tivemos reuniões para definir fluxos, a gente mudava as atividades e escalonava quem ia tá no atendimento de porta”* (Trabalhador CAPS 4).

O profissional do plantão de porta realizava um atendimento inicial de cada usuário, na frente das outras pessoas que aguardavam na recepção para resolver demandas rápidas e burocráticas, oferecendo uma escuta e atendimento breve e focal. As principais demandas indicadas pelos trabalhadores foram: solicitação de renovação de receitas médicas ou outros documentos com fins assistenciais, jurídicos ou previdenciários, orientações sobre Covid-19 e fluxo do equipamento e da rede. Os usuários somente eram encaminhados para atendimento nas salas de acolhimento quando o profissional responsável identificava um agravamento da situação:

O acolhimento não era feito dentro de uma sala, era uma triagem rápida ali ao ar livre, chamando o usuário para o cantinho. Só quando tinha uma situação que demandava uma escuta maior é que levava para uma sala individual. Era mais nesse sentido a reorganização que foi feita, com o objetivo de diminuir a transmissibilidade e garantir o mínimo da assistência, pelo menos a continuidade do tratamento medicamentoso (Trabalhador CAPS 3).

[O plantão de porta] era justamente uma triagem pra evitar o acesso do usuário [ao serviço], só realmente quando estivesse em condição de crise. O profissional ficava todo parametrizado e fazia um atendimento inicial no meio de todo mundo ali fora né, pra já fazer uma triagem do que era, porque às vezes o usuário vem pra receita, ele vem com alguma dúvida, alguma situação pontual que pode ser direcionada, sem precisar adentrar o equipamento. Era só a escuta e o atendimento breve focal (Trabalhador CAPS 4).

[...] Acho que nós somos um serviço público e as pessoas precisam. Nós somos porta aberta e as pessoas precisam chegar e serem escutadas. [...]A gente tinha muito cuidado disso, de como estava clinicamente aquele paciente, e às vezes ali mesmo, na sala de espera, esse profissional conversava rapidinho ali com o paciente pra saber o

que poderia estar ajudando de alguma forma, o que, de certa forma, está dentro das orientações da Política Nacional de Humanização. E aí, se ele precisasse mesmo de ir pra uma sala, fazíamos esses direcionamentos. E aqueles que eram alguma coisa burocrática, mais uma orientação, já era feito ali mesmo, na sala de espera, o próprio profissional orientava direitinho (Trabalhador CAPS 5).

Para os demais usuários, considerados estáveis e com solicitação de retorno psiquiátrico e psicológico, eram orientados quanto aos cuidados com a saúde, noções de higiene e prevenção contra a Covid-19, bem como o fornecimento de medicamentos e renovação de receitas, conforme já citado (Prefeitura de Fortaleza, 2020b). Esforços teriam sido feitos pelo serviço para garantir o apoio em saúde mental dentro de um cenário adverso. Contudo, com sérias limitações, em grande medida reservadas a respostas pontuais e imediatas aos usuários, interferindo pouco no cuidado longitudinal e amplo para os usuários. Percebe-se que o acolhimento apresentou problemas com sigilo, diminuição do trabalho em equipe, e que, diante do caráter de atendimento rápido e focalizado, podem ter negligenciado demandas trazidas pelos usuários durante a pandemia:

Então, usuários em crise estavam sendo atendidos em pé, na porta, na esquina, porque não podia ter contato com os outros, porque tinha risco. Então, tudo isso deixou ainda mais fragilizado o usuário, pelo adoecimento, quanto deixou fragilizada [também] a equipe, pela exposição e o tensionamento que tínhamos constantemente. [...] A gente reorganizou o serviço em blocos de atendimento, com os usuários não tinha mais aquele momento de parar e de escuta né. A gente tentava ser breve e focal de alguma intervenção pra não se delongar nas avaliações. Foi suspenso o modelo de acolhimento com atendimento direto ao usuário, no sentido de estar em uma sala fechada. O ambiente tinha que ser aberto, e aí, num ambiente aberto, cadê a gentileza da ética no atendimento, em relação ao sigilo né? E aí, acabava que muitas situações ou passavam [despercebidas] ou [eram] negligenciadas enquanto serviço. Porque não tinha como a gente atender essa demanda. [...] Ao invés de ser um atendimento multidisciplinar, a gente concentrava as atividades em um profissional. A psicóloga não vai atender comigo, ele não vai ser encaminhado para a psicóloga, mas a gente tentava aglutinar esse atendimento [para apenas um profissional], justamente para não ter o risco de contaminação, não contaminar mais pessoas dentro dos serviços, pra gente ter o mínimo do recurso disponível. (Trabalhador CAPS 4).

O ato de acolher é indispensável para a qualificação do cuidado e operacionalização do acesso em várias dimensões. Na perspectiva de redes de atenção, necessidades e prioridades dos usuários devem constituir diretriz operacional dos serviços de saúde e aspecto essencial para organizar a demanda. Nesse sentido, apesar de superar a barreira inicial e conseguir acessar o serviço e seus profissionais, não se pode supor que o cuidado integral conseguiu ser de fato acessado pelo usuário. Considerando que este foi destituído de sua singularidade e suas necessidades, não sendo mais o ponto que norteia o cuidado, sendo este conduzido conforme as demandas do serviço de saúde. O acolhimento como atendimento pontual demonstra falha na identificação de demandas amplas dos sujeitos, fluxos de usuários na rede e ampliação de possibilidades no cuidado (Caminha; Jorge; Linard, 2021).

Humanizar o atendimento representa garantir a escuta, respeito ao usuário e construção de uma gestão do trabalho com responsabilização com a vida e sofrimento das pessoas. O acolhimento, com base na Política Nacional de Humanização (PNH), tem um papel organizador na RAPS, proporcionando contato inicial, levantamento de necessidades dos usuários, respostas dos serviços e referência para outros dispositivos da rede. Assim, identifica-se como potencial na inversão da lógica de funcionamento e organização do serviço, propondo humanização, acessibilidade universal, deslocamento da centralidade médica para equipe multiprofissional e garantia de direitos, e relaciona acesso e acolhimento, onde a efetividade de ambos depende da estrutura do serviço e dos recursos clínicos da equipe (Cardoso, 2021). Entretanto, o modelo de acolhimento manifestado no caso aqui analisado, ora como recepção administrativa ou ação de triagem, pode significar uma maior oferta de atendimento, mas sem mudança qualitativa da proposta de acolhimento.

Nesse sentido, é importante destacar que o formato de acolhimento utilizado, ainda que restritivo, também foi visto como potencializador do deslocamento da assistência médico-centrada para outros profissionais da equipe, como atividade privilegiada da equipe multiprofissional, ressaltando a importância dessa ferramenta de cuidado para permanência do atendimento no serviço:

Então assim, o CAPS é um excelente equipamento de acompanhamento dos pacientes. Por ser um equipamento mais comunitário, mais próximo à população, de uma forma geral, ao paciente que necessita desse acompanhamento. E isso acaba sendo uma potencialidade, né? O trabalho interprofissional que a gente tem aqui, esse diálogo constante com os outros profissionais, o fato de o paciente ser do CAPS e não do médico, isso também ajuda muito. A gente tem um trabalho de acolhimento aqui no serviço, que eu acho que a gente está até discutindo, às vezes não é bem compreendido, mas ele é muito rico, porque dificilmente o paciente chega aqui no serviço e ele sai sem algum tipo de resposta.[...] Eu acho que isso acaba sendo um excelente direcionador do cuidado mesmo (Trabalhador CAPS 5).

O atendimento inicial no dispositivo especializado permaneceu sendo realizado por profissionais da equipe multidisciplinar, o encaminhamento do usuário para o médico psiquiatra só costumava ser feito em situação de crise, como surtos psicóticos, quadros de agitação permanente, ideação suicida, dentre outras situações avaliadas pela equipe com maior necessidade de atendimento especializado (Prefeitura de Fortaleza, 2020b). Para outras demandas, como renovação de receitas ou mudanças nas medicações, eram solicitadas aos médicos pelos outros profissionais responsáveis pelo acolhimento, que repassavam as receitas aos usuários.

[...] O paciente não é do médico, ele é da equipe, e quando ele vem, ele é atendido por um profissional. Pode ser que não seja o médico dele, mas esse profissional vai escutar as demandas, né? Ah, mas é porque eu preciso de um atestado, mas isso, o próprio profissional pode acolher e chegar lá, “[doutor], é porque o fulano veio hoje e ele tá

precisando de um atestado, que tem uma perícia”, então a gente resolve. Então, os pacientes, eles não deixam de ser acolhidos e não deixam de ser direcionados adequadamente, né? (Trabalhador CAPS 5).

É inegável que o contato com outras formas de anamnese enriquece o atendimento em saúde mental, propiciando uma avaliação e intervenção mais ampla em conjunto com os usuários na perspectiva psicossocial (Jorge *et al.*, 2013). O serviço de saúde mental assume sua função primordial de acolher, escutar e dar uma resposta aos usuários, reorganizando o processo de trabalho, com deslocamento do eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento que se encarrega da escuta do usuário –comprometendo-se em dar resolutividade ao problema apresentado (Cardoso, 2021). Entretanto, é preciso considerar que, apesar dessa perspectiva, não é obstante uma ênfase na medicação, reforçando-se uma equipe que funciona como acessória à atuação médica, fragmentada, estimulando a medicalização, em detrimento de equipes mais horizontais na construção do saber, desenvolvimento de práticas e conhecimentos (Costa-Rosa, 2013).

Além do modelo de acolhimento presencial apresentado, identificamos o acolhimento realizado por telefone. Essa modalidade atendeu tanto a demanda de atendimento à distância da população, quanto da necessidade da inserção de duas profissionais do serviço (uma terapeuta ocupacional e uma enfermeira) em uma atividade que pudesse resguardá-las da assistência direta aos usuários, já que pertenciam ao grupo de risco para a Covid-19 em decorrência de doenças crônicas.

Por conta disso, o telefone da recepção foi transferido para a sala da farmácia. A escolha desta sala para abrigar as profissionais que atuavam por telefone não foi aleatória, pois seria necessário um espaço mais reservado para o esclarecimento de dúvidas sobre medicações e necessidade de renovação de receitas médicas. A estratégia de utilização de comunicação à distância foi tida também como espaço para o esclarecimento de informações sobre funcionamento do serviço na pandemia, escuta de usuários e familiares e orientações nas situações de crise, com possibilidade de viabilizar o vínculo entre usuários e profissionais:

[...] Elas ficavam dentro da farmácia para elas não terem contato com os pacientes, ficavam guardadinhas com o farmacêutico. Farmacêutico dispensando e elas atendendo e fazendo acolhimento pelo telefone, de orientação. Então, uma era quarenta horas e ficava o dia inteiro e a outra era vinte horas, elas ficavam revezando. [...] Então, a forma de tirar a dúvida era diferente. O profissional não tirava só a dúvida se tinha chegado ou não a medicação, se o médico ia atender ou não, ele não tirava só isso. Ele de fato fazia um acolhimento. [...] Era muito mais rápido [para] eles saberem se tinha a medicação ou não, porque de imediato as meninas perguntavam (Gestor RAPS 1).

[...] A maioria das informações era referente a medicamentos. Como fazer pra pegar, se a farmácia estava funcionando, se tinha o medicamento. [...] Aí, então, elas pegavam todas as informações, os medicamentos, como poderiam ajudar os pacientes.

E esse serviço funcionou muito bem, de todas as informações. Se a pessoa estivesse precisando de uma receita, o médico renovaria essa receita. A pessoa vinha aqui só pegar, deixando o medicamento. Se tinha, se podia vir, se precisava renovar alguma coisa. Todas as informações a gente já fornecia pelo telefone, justamente pra evitar que a pessoa viesse e a pessoa também não tinha condições de vir. Porque ficou evitando sair de casa, conforme as normas (Trabalhador CAPS 6).

O ‘acolhimento por telefone’ trouxe a potencialidade do espaço para acolhimento à distância, viabilizando a escuta dos profissionais para situações de crise, promovendo práticas educativas de cuidado em saúde e viabilizando estratégias para usuários com problemas de deslocamento para atendimento, principalmente para recebimento de medicação. Esse formato de atendimento pode garantir funcionamento dos serviços de forma fácil, segura e rápida para que a população conheça os serviços e possam acessá-los. Entretanto, é importante ressaltar que mesmo com novas práticas adotadas na pandemia, indicadas para permanecer com a assistência e proporcionar proteção aos trabalhadores e usuários, elas não devem ser feitas de maneira pontual e focada na viabilização de medicação, exigindo monitoramento das situações de saúde, para não desembocar em uma fragmentação do trabalho em saúde mental e limitação do envolvimento terapêutico (Silvano *et al*, 2022).

5.2.2.3 - Atendimento a demanda de Covid-19 no CAPS Geral na pandemia

As falas dos entrevistados confluíram em que tanto usuários já acompanhados ou que buscaram pela primeira vez o serviço eram avaliados primeiramente pelos sintomas da Covid-19: “*vamos atender primeiro o que estava mais evidente que eram aquelas questões clínicas*” (Trabalhador CAPS 2). Foi definida, inclusive, uma sala para pessoas com suspeita da doença para receber usuários que chegavam ao serviço com sintomas gripais, pois: “*dentro dos próprios CAPS a gente teve que criar estratégias para atendimento de emergência de Covid, que a gente não tinha, né?*” (Gestor RAPS 4).

Quando foram disponibilizados testes e realizados nos usuários sintomáticos, em caso positivo, procediam com o encaminhamento para as UAPS de referência para acompanhamento da questão clínica e orientavam o retorno ao CAPS somente com a finalização do isolamento/quarentena. Entretanto, ao serem questionados como ficava a demanda de saúde mental que motivou a ida do usuário ao serviço, os trabalhadores reforçaram que, no contexto pandêmico, a demanda clínica se sobressaía a demanda de sofrimento psíquico, sendo necessário cuidar primeiro da questão Covid-19 e depois dar prosseguimento com as intervenções em saúde mental: “*na pandemia, era assim, o foco não era a saúde mental, os CAPS acabaram se tornando uma extensão do posto de saúde*” (Gestor RAPS 4).

Essa perspectiva rompe com o conceito ampliado de saúde e cuidado integral, o receio dos profissionais de saúde para atendimento de pessoas com Covid-19 tem sua situação agravada diante de um movimento nacional e internacional, conforme Seixas et al (2021), de reorganização de serviços na pandemia apoiada no reforço de práticas hospitalocêntricas e médico-centradas e desconsiderando dimensões amplas e de necessidades dos indivíduos, colaborando para o afastamento do modo psicossocial, através da centralidade da doença, atuação fragmentada, restrição do espaço do serviço e da cidade (Costa-Rosa, 2013).

Práticas incompatíveis com as propostas psicossociais podem ser motivadas pelo contexto de crise que exige, de maneira não prevista, revisão e modificação de práticas até então adotadas. Indica-se que a ausência de estratégias pelos trabalhadores pode ter relação com a falta de técnicas em uma situação inesperada, como a da pandemia de Covid-19. Isso contribui para a paralisia do trabalhador sobre o que fazer diante da vivência dramática a que estão expostos profissionais e usuários (Andrade *et al*, 2021).

Nesse sentido, o prontuário eletrônico foi indicado como instrumento de acompanhamento pelos trabalhadores, pois seria ferramenta de compartilhamento de informações das equipes das UAPS e CAPS, sendo possível verificar os atendimentos realizados, a partir da evolução feita pelos profissionais da equipe de referência e acompanhar os casos de usuários encaminhados por conta de sintomas gripais, através do contato com profissionais das UAPS:

O Fastmedic nos dá acesso ao prontuário do paciente do território das UAPS e eles têm acesso da nossa evolução no CAPS. Por mais que eu não me comunique, seja por telefone ou seja pessoalmente com o profissional, se eu consigo ver a evolução do profissional...vamos dizer, atendo o paciente aqui do CAPS, consigo ver a evolução do colega que atendeu no território, me dar uma certa clareza do que foi feito com ele no território. [...] Então, a gente tentava monitorar dessa forma. Por que a gente procurava saber quem era o profissional que acompanhava esse paciente [na UAPS]? Porque era uma forma desse paciente não se perder, às vezes o paciente podia não voltar, dentro do tempo da quarentena, pós-quarentena. Então, “fulano, você que acompanha ele, dar uma ligada pra ele pra ver o que está acontecendo”.Então, eu consigo, de certa forma, fazer essa rede funcionar (Trabalhador CAPS 2).

Apesar disso, notamos que esse monitoramento dos usuários encaminhados não foi um aspecto efetivado por todos os trabalhadores, representando uma tímida estratégia de busca ativa. O uso do prontuário eletrônico pode ser um facilitador do compartilhamento de informações entre UAPS e CAPS, por meio do acesso pelos profissionais de ambos os serviços às intervenções em saúde propostas e efetivadas. Mas, atenta-se que, apesar de sua importância como parte acessória na relação entre profissionais, não se deve reduzir a comunicação direta entre as equipes, com risco de prejudicar o diálogo que proporciona troca de saberes e

transformação das práticas, tendo em vista o não distanciamento da interprofissionalidade (Previato, Baldissera, 2018).

A experiência do cuidado aponta que é necessário monitoramento dos usuários, principalmente daqueles em condições mais vulneráveis e com agravamento do quadro de saúde mental. O isolamento social já é uma situação difícil e para uma pessoa em sofrimento psíquico pode ter efeitos intensos, apontando a necessidade de assegurar a continuidade do cuidado, seja remotamente, presencial ou sob outras formas possíveis e necessárias para trabalhadores e usuários (Lobosque, 2021).

Trabalhadores salientaram que muitas vezes os usuários omitiam sintomas da Covid-19 por receio de não serem atendidos no CAPS Geral. Isso pode estar associado à possível apreensão de que a centralidade dada a Covid-19 representasse interrupção ou barreira à assistência ao sofrimento psíquico ou transtornos mentais. Essa situação também gerava desconforto e insegurança para o profissional de saúde:

Apesar de que a gente, assim que começou, tinha todo esse protocolo de verificar a temperatura, fazer orientações, mas, às vezes, os pacientes, porque eles queriam a consulta, porque eles queriam renovar as receitas, eles acabavam, às vezes, mentindo, negligenciando o quadro viral que eles estavam naquele momento, justamente porque eles queriam manter o tratamento psiquiátrico (Trabalhador CAPS 5).

É necessário conhecer a forma como os serviços de atenção psicossocial enfrentam e sustentam a acessibilidade e a produção do cuidado na atenção em saúde mental, na sua clínica cotidiana, pois a partir disso é possível identificar os desafios para estabelecimento de uma política pública que coloca em prática as redes territoriais de saúde, produzindo cuidado e promoção da vida (Gomes *et al.*, 2014).

Nesse contexto, a ausência de um fluxo de trabalho na perspectiva integral pode ser considerada barreira de acesso ao atendimento às demandas apresentadas ao serviço especializado, construindo um cenário de instabilidade para trabalhadores e usuários.

5.2.2.4 - Uso de ferramentas remotas para atenção em saúde mental no CAPS Geral na pandemia

Diante das limitações físicas impostas e da necessidade de continuar oferecendo assistência em saúde mental, o uso da tecnologia tornou-se uma nova estratégia para garantir conexão com os usuários de cuidado à distância (Duarte *et al.*, 2021; Furtado; Chioro, 2021).

Os profissionais de psicologia foram citados como os que permaneceram com os atendimentos individuais remotos de pacientes já acompanhados pelo CAPS Geral e suporte às situações de crise, tendo em vista a suspensão de outras ofertas coletivas de cuidado: “[elas]

ligavam pros pacientes que estavam em acompanhamento e aí nas ligações eram muitos relatos de crise mesmo. Tentava conduzir com a escuta psicológica, com o manejo de crise, mas assim, exacerbou bastante” (Trabalhador CAPS 3). Os psiquiatras também foram indicados pontualmente na oferta de atendimentos remotos, mas somente em situações de crise dos usuários impossibilitados de se deslocarem ao serviço.

A assistência remota aos usuários teve também limitações. Uma delas diz respeito a ausência de condições materiais para viabilizar essa atividade:

Eu não sei nem te dizer se daria pra ter feito algo muito diferente do que a gente fez pra ter um resultado melhor, porque a gente tentou né. Tipo, os meus primeiros pacientes que eu comecei a atender aqui foram remotos, por vídeo chamada. Se o paciente tivesse smartphone né, se tivesse um recurso que a gente conseguisse, se não tivesse, era por telefone. Então, quando ligava paciente dizendo que não estava bem, a nossa coordenadora já separava horários de atendimento para a gente tentar fazer esse contato, ou por videochamada ou por telefone. A gente passou um tempo fazendo atendimento remoto. Então assim, eu acho que dentro daquele contexto que as coisas estavam tão incertas, que a gente não sabia muito sobre as repercussões do vírus, eu acho até que a gente conseguiu fazer muita coisa. Se daria pra ter feito melhor... Acho que se a gente tivesse, talvez, uma melhor estrutura, se tivesse mais telefones institucionais na época né, a gente revezava dois telefones, talvez a gente tivesse conseguido oferecer mais apoio né (Trabalhador CAPS 1).

A demora de resposta da gestão com investimento de equipamentos tecnológicos para incrementar intervenções por telefone ou remotas, a garantia de veículos para deslocamento no território e disponibilização e sensibilização para uso de EPIs, dificultaram a atenção e cuidados territorializados na pandemia (Andrade *et al*, 2021). As atividades online foram consideradas relevantes para proporcionar a escuta, vínculo e continuidade do cuidado, atendendo a um isolamento físico, mas não social (Lobosque, 2021).

Assim, apresentou-se como relevante na pandemia o investimento em alternativas para o atendimento de pacientes com transtornos mentais, mas também a necessidade de considerar as barreiras de acesso às unidades de saúde nesse contexto, tendo em vista a dificuldade de alguns grupos para adaptação com ferramentas remotas, como questões de privacidade no ambiente domiciliar, falta de recursos tecnológicos e conexão estável, cabendo uma proposta que vise integrar essas situações (Egerland Bueno, 2021; Silva; Souza; Paulo, 2022). Nesse sentido, quando as possibilidades substitutivas se mostravam insuficientes ou inoperantes, a modalidade de atendimento pode ser efetivada presencialmente no CAPS Geral, priorizando pessoas com risco de suicídio e outras desorganizações psíquicas graves.

Além da permanência dos atendimentos psicológicos para quem já era acompanhado no CAPS Geral, vale ressaltar que as psicólogas do serviço especializado também ficaram como referência no Projeto Sintonia, ação definida pela gestão municipal que visava escuta qualificada dos trabalhadores da saúde e da educação no contexto pandêmico, por meio

de teleatendimento, contando também com profissionais do CEREST (Célula de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST) e FETRIECE (Federação de Triathlon do Estado do Ceará), previamente capacitados por técnicos da Coordenadoria Estadual de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (COPOM/SEPOS/SESA), Escola de Saúde Pública (ESP) e Universidade de Fortaleza (Prefeitura de Fortaleza, 2020).

O Projeto Sintonia foi apontado frequentemente pelos gestores como principal ação de saúde mental na pandemia, indicando a possibilidade de mostrar o quanto a saúde mental deveria estar presente nos serviços para oferecer suporte também aos profissionais:

O lado bom da pandemia foi justamente isso. A gente conseguiu, pelo menos, mostrar o quanto é importante ter a saúde mental junto dos serviços, entendeu? Não é uma coisa assim, “ah, saúde mental tá aí pra gastar o dinheiro da secretaria de saúde”. Não, eles viram que é realmente importante ter a participação da saúde mental em diversas ocasiões né. Então, passou a ser um pouquinho mais visto ou passou a ser visto por uma coisa que não era vista, pra ser lembrada (Gestor RAPS 4).

Os atendimentos eram breves (até três vezes) e individuais, realizados a partir de uma escala de horários dos profissionais de psicologia disponíveis. Trabalhadores do CAPS avaliaram que essa iniciativa foi considerada boa, mas sem o efeito desejado em função das dificuldades de adesão aos atendimentos.

A utilização de plantão psicológico remoto foi amplamente defendida na situação imposta pela pandemia para alívio de sofrimento emergencial e acolhimento a partir da experiência vivenciada pelos sujeitos (Lóss *et al*, 2020). Entretanto, é necessário reforçar que a promoção da saúde mental dos trabalhadores, assim como o acolhimento das demandas desse público, deve ser algo a ser pensado longitudinalmente, com planejamento e ações que rastreiem as repercussões em saúde mental e efetivem apoio emocional a longo prazo, diante de impactos que podem perdurar por muito tempo na saúde dos trabalhadores (Dantas, 2021).

Assim, o suporte à saúde mental dos trabalhadores, através da RAPS, parece não ter se consolidado para a gestão municipal, com a utilização do projeto para apoio apenas emergencial e pontual aos trabalhadores durante o contexto. Os CAPS foram requeridos para dar suporte emergencial aos profissionais da linha de frente a Covid, mas sem grandes preocupações com a estrutura dos equipamentos e condições dos trabalhadores para lidar com sua própria saúde mental. Foi recorrente, a perspectiva que o trabalhador da saúde mental deveria estar de prontidão para atender as demandas da população, mas em contrapartida, não recebeu suporte para sua saúde e preparo para lidar com o contexto, tendo que se adaptar às possibilidades do cotidiano do serviço:

E nós da saúde mental? [...] Que espaço foi nos dado? [...] Ai, como eu disse, você tem que lidar com o luto, com o desconhecido, com o medo, com a angústia, mas você é obrigado a trabalhar e a atender. Mas como é que você está? Seu emocional está

preparado pra isso? Como eu te disse, eu perdi uma pessoa e tive que engolir meu sofrimento e meu luto para acolher o sofrimento do outro, quando a minha saúde mental também não tava legal, mas eu tive que atender. Então, como eu lhe disse, nós criamos estratégias internas para passar por isso. Mas eu não vi um espaço para nós sermos acolhidos né (Trabalhador CAPS 2).

Assim, destacaram que além de ter que lidar com a demanda de sofrimento psíquico da população usuária do serviço agravada com a pandemia, os trabalhadores do CAPS precisavam lidar com o próprio sofrimento psíquico diante das perdas e readaptação do trabalho e da vida:

[A gente tinha que], ao mesmo tempo, se manter forte para dar conta desse adoecimento das pessoas durante a pandemia. Então, pra gente lidar com isso, e ao mesmo tempo engolir o nosso medo, de certa forma, guardar o nosso medo, nosso pavor desse desconhecido pra dar conta do medo e do pavor do outro. Então, foi muito complicado no começo, porque a gente tinha que dar conta de sanar o sintoma, porque a gente também sentia medo. Então, chegavam pessoas extremamente adoecidas, ansiosas, com muito medo e a gente tendo que engolir nosso próprio medo pra poder acolher esse medo do outro. Mas, era bastante complicado pra gente, dar conta da nossa saúde mental em detrimento da saúde mental do paciente. A gente também tinha medo, a gente também tinha nossas angústias, as nossas perdas, os nossos lutos (Trabalhador CAPS 2).

Mas do ponto de vista mais pessoal, não como profissional, a gente entrava dentro desse bloco de pessoas que estavam agora sem os nossos suportes, porque também nós temos as nossas rotinas, [para] além do profissional, que nos garantem uma qualidade de saúde física e mental, e a gente estava sem ter esse suporte. As nossas atividades físicas, os nossos outros espaços onde a gente se cuida também, e submetidos a espaços e a exposições. Porque, ao contrário de muitas pessoas que, tipo, deu lockdown, fica em casa e achava ruim ficar em casa, eu dizia: “meu Deus, eu queria ficar em casa”. Porque todo dia era, tipo assim, abrir a porta da minha casa e estou indo para alguma coisa, que não sei o que vai acontecer durante o meu dia, e como eu vou estar voltando (Trabalhador CAPS 5).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto rede temática de cuidados em saúde mental, é instrumento necessário para garantir cuidados psicossociais, entendendo que seus trabalhadores não estão imunes ao sofrimento psíquico (Pereira Soares *et al*, 2022). A realidade já precarizada da RAPS se aprofundou com a pandemia de Covid-19, diante de um contexto da falta de investimento público, fragmentação do trabalho, falta de recursos materiais e humanos e de educação permanente para os trabalhadores, levando a um cenário de agravamento das condições de trabalho e desarticulação da rede (Benedito, 2022).

5.3 - Desafios da RAPS na pandemia de Covid-19 e caminhos apontados para a reestruturação da rede no pós-pandemia.

A pandemia amplifica muitos desafios que já compunham o cotidiano de quem se coloca na perspectiva do cuidado em saúde e, em especial, em saúde mental. Mas também tem nos convocado a inventar, sair do espaço de conforto do que já é sabido, romper os muros dos serviços e ganhar os territórios, criar novas formas de conexão, construir estratégias de cuidado de si, das equipes, das pessoas, se conectar com as vulnerabilidades, desigualdades e potências dos territórios...enfim, ser outros (Furtado; Chioro, 2021).

5.3.1 - Aspectos da [des]articulação da RAPS na pandemia

Percebemos, até aqui, impactos relevantes na atenção psicossocial nos dispositivos da RAPS, durante a pandemia de Covid-19. De uma maneira geral, os resultados apontaram que a política de saúde mental foi deixada de lado nessa conjuntura. O discurso acerca do ‘esquecimento’ da política de saúde mental esteve atrelado tanto a questões prévias que já desafiavam o cotidiano de trabalho, como a histórica discriminação da saúde mental dentro da assistência à saúde, quanto da falta de inserção da saúde mental como preocupação da gestão no cenário de crise sanitária.

A política de saúde mental foi desprezada pelo presidente, pelo Ministério da saúde e pelos mandatários do poder. E a saúde mental, como já é algo discriminado dentro da saúde né, pelas nuances que ela tem, pela sua história, ela acabou a ser mais uma desprezada (Trabalhador CAPS 4).

E assim, efetivamente, não houve uma coisa diferenciada a mais [para a saúde mental], pela importância da situação. Eu entendo que, em momentos críticos, a questão de estar vivo era mais importante, portanto, a questão da Covid. Mas, entre essas ondas do Covid, onde deveria ter o foco de saúde mental, uma intervenção maior, realmente foi incipiente. Ia sendo repassada algumas coisas, mas muito aquém né (Trabalhador CAPS 7).

Apesar da saúde mental não ter sido considerada de maneira relevante em muitos planos de contingência (Delben et al., 2020), impactos em saúde mental foram previstos por organismos internacionais de saúde (OPAS, OMS) e em pesquisas (Ornell et al., 2020; Tausch, 2022). Durante a pandemia de Covid-19, foi reforçada a autonomia decisória dos entes federativos para a tomada de decisões, assim como para a elaboração de Planos de Contingência Estaduais e Municipais. As recomendações foram feitas aos gestores e serviços da RAPS, direcionadas a medidas para mitigação do avanço da epidemia de SARS-CoV-2; orientações de higiene, abertura e funcionamento dos serviços de saúde e protocolos de cuidado e adoção de medidas preventivas nos serviços, com o uso dos EPIs, procedimentos padronizados de proteção e cuidados individuais descritos nos documentos da vigilância sanitária (SAPS, 2020a).

Entretanto, pouco se foi abordado como estimular a atenção psicossocial nesse cenário novo para gestores e trabalhadores. Impactos de maior intensidade afetaram serviços que contrastam com a lógica de exclusão, como os criados a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, afastando-se da lógica psicossocial com uma proposta limitada de elaboração de protocolos de proteção que superem as regras de higiene (Fonseca *et al.*, 2020), indicando uma contradição para dispositivos que promovem o encontro como elemento fundamental no atendimento a construção de vínculo terapêutico (Benedito, 2022).

O formato utilizado no Brasil e internacionalmente de resposta à crise na pandemia promoveu uma centralização assistencial, onde as decisões e práticas de gestores foram embasadas no modelo biomédico, com abordagem tecnicista e incorporação de tecnologias duras, com a concepção de saúde e doença conforme paradigma da História Natural da Doença (agente, hospedeiro e ambiente) e desconsiderando o conceito ampliado de saúde (singularidades, relações, inclusões, exclusões, valores e culturas). Leva-se a crer que a aposta nas ofertas de "cuidado de proximidade" (no território) foram potências pouco exploradas no cenário de crise, direcionando as equipes para atuação em emergências, desmobilizam-se ações rotineiras de cuidado, deixando as equipes isoladas e distantes da população, destituídas do lugar de cuidado (Seixas *et al.*, 2021).

Este cenário indica uma conjuntura de pluralidade de crises que afetaram as pessoas simultaneamente. Assim, processos de trabalho nos serviços de saúde tiveram que ser readequados com a pandemia de Covid-19, ao mesmo tempo que ocorreram perdas humanas e de continuidade de cuidados em saúde, concentrando, por vezes, respostas emergenciais em detrimento de respostas territoriais (Andrade *et al.*, 2021). Percebe-se que a focalização na demanda da Covid-19 repercutiu no rompimento com outras demandas de saúde, apesar da necessidade apontada de continuidade da assistência de outras condições (Giovannella *et al.*, 2020). A APS que já enfrentava barreiras para consolidar a saúde mental como responsabilidade desse nível de assistência, com alta demanda de atendimento psicossocial e sobrecarregando equipes com condições precárias de trabalho e com faltas de investimentos, havendo também um recuo da atenção especializada (Lima; Oliveira; Carvalho, 2021).

Destaca-se o movimento de questionamento pelo instrumento de controle social do SUS, representado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), da orientação federal para os serviços da RAPS com intuito de exigir a revisão do documento para fortalecimento de ações e serviços de base territorial e comunitária para atenção psicossocial no contexto de pandemia, recomendando: inserir a saúde mental nos Comitês gestores de crise; incluir a organização da RAPS nos Planos de Contingência Estaduais, do Distrito Federal e Municipais como uma das

dimensões estratégicas para a atenção à saúde da população; aproximação do governo federal com orientações e produzindo estratégias com gestores de estados e municípios para viabilizar a ampliação do contato remoto, visitas domiciliares e articulação intra e intersetorial para manutenção de vínculos e projetos terapêuticos, bem como, criar diversificação de estratégias não medicamentosas; assegurar a regularidade de recursos financeiros a estados e municípios na implantação e habilitação (custeio) de novos serviços da RAPS e, emergencialmente, apoiar a ampliação, das equipes e da capacidade dos serviços de atenção psicossocial de base comunitária, especialmente os CAPS; e realizar monitoramento epidemiológico de indicadores da vigilância em saúde mental na pandemia, entre outras orientações (CNS, 2020). Entretanto, observa-se que o pedido de revisão pela CNS não foi acatado, com apenas atualizações pertinentes à prevenção e manejo de pessoas com sintomas ou diagnóstico de Covid-19.

Assim, os investimentos federais na política de saúde mental foram citados como de pouco efeito para as necessidades dos serviços. A principal estratégia de atenção em saúde mental definida pelos atores como mínima/essencial/possível na pandemia foi a garantia de fornecimento de medicação para evitar a interrupção na continuidade do cuidado, com o atendimento ao maior número possível de pessoas.

Em relação a isso, destacam-se normativas publicadas em 2020, especialmente, a Portaria nº 2.516/2020 que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de custeio para a aquisição de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica utilizados no âmbito da saúde mental, em virtude dos impactos sociais ocasionados pela pandemia da COVID-19; e a Portaria GM/MS nº 3.350/ 2020 que institui, em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19. Estas iniciativas, apesar de terem colaborado no reforço emergencial para garantia de medicamentos e ações de saúde nos CAPS, representaram transferências pontuais que não garantiram as necessidades à longo prazo da RAPS na pandemia, além do investimento em medicação ter sido maior do que em ações psicossociais¹³.

Apesar do Ministério da Saúde reconhecer os impactos sociais da pandemia na população, a proposição de recursos financeiros para aquisição de medicamentos e as medidas

¹³ A suplementação orçamentária para a RAPS na garantia de psicotrópicos, tendo em vista os efeitos da Covid-19 sobre a saúde mental da população, foi conferida no valor total de aproximadamente R\$ 165 milhões, através das portarias 2.972, 2.973, 2.974, 2.975, 2.976, 2.977, 2.982, 2.983, 2.985 e 2.987 do MS em 2020. Em comparação à Portaria GM/MS no 3.350/2020, esta representa um investimento mais de quatro vezes menor nas ações dos dispositivos territoriais do que o destinado à compra de psicotrópicos (Garcia *et al.*, 2022)..

direcionadas à compra de psicotrópicos, como soluções para os possíveis agravamentos em saúde mental, reduzem as complexas consequências dessa conjuntura à ordem biomédica e colaboram com o agravamento da inversão da prioridade dada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) para o desenvolvimento da RAPS (Garcia *et al.*, 2022). Assim, a função dos dispositivos territoriais da RAPS estaria concentrada em garantir acesso à medicação para controle dos sintomas psiquiátricos, adicionando o apoio na triagem de síndromes respiratórias. A inversão de prioridade da RPB é justamente em considerar os serviços territoriais essenciais na perspectiva biomédica, convivendo contraditoriamente com uma proposta de política de saúde no modo psicossocial.

Além disso, a partir das falas dos gestores, nota-se que, ao invés do fortalecimento entre os níveis de atenção para lidar com o cenário complexo de crise na pandemia, a situação da RAPS em Fortaleza foi agravada, indicando um tensionamento entre os dispositivos: “[...] a palavra não é nem negligência, mas de certa forma, [foram] minimizados os outros dispositivos da rede [de atenção psicossocial] (Trabalhador CAPS 2). Identificamos a demora de direcionamentos para a RAPS, em contraponto da rapidez com que a gestão municipal definiu fluxos para APS. Apesar disso, sabe-se que a APS não teve acesso ao Plano de Contingência da RAPS, com um direcionamento do fluxo centrado no manejo de casos da Covid-19.

[...] A gente não tinha um direcionamento de como é que tinha que lidar. Lógico, a pandemia chegou, assim, muito também [de surpresa], né? tudo muito atordoado, né. Mas, assim, a velocidade com que a gente viu a resolução das coisas acontecendo na atenção primária, sabe? De um dia para o outro, eles já tinham todo um protocolo de como é que iam trabalhar, de como é que iam fazer isso, como é que iam fazer aquilo, a gente não teve na saúde mental. [...] Nunca vi, assim, uma resolução, ó, nos CAPS, a partir de hoje, nos CAPS, durante a pandemia, vai acontecer dessa forma, não (Gestor RAPS 4).

Apesar da relevância da APS como coordenadora da rede e porta de entrada privilegiada de demandas de saúde diante da proximidade da população no território, nenhum serviço deve se sobrepor ao outro, tendo em vista a relevância da complementaridade dos pontos de atenção na rede (lógica organizacional) para a garantia do atendimento das necessidades dos usuários, com cada um exercendo suas funções, mas tendo em vista o sentimento de pertença e de responsabilização compartilhada entre os nós dessa rede (Lima; Guimarães, 2019a; Amaral; Bosi, 2017). A existência de uma disputa entre pontos de atenção da RAPS por investimento e estrutura se aprofundou na pandemia, pois a sobrecarga dos serviços de saúde e pressão da assistência à população pela questão da Covid-19 contribuiu para uma exclusividade do suporte técnico e investimentos em serviços de suporte e assistência à Covid-19 (Cabral, 2022).

Destacam-se aspectos contraditórios entre os atores ao perceber as repercussões para a RAPS na pandemia. Por um lado, existiram gestores que não identificaram grandes impactos nos CAPS, não apontando interrupção significativa dos atendimentos, apenas restrição de parte de atividades, com carga maior de mudanças em serviços de linha de frente:

A RAPS a gente não alterou tanto [na pandemia], certo? Ela praticamente se manteve. E aí [os usuários] não eram, vamos dizer, barrados. Não houve contingência de atendimentos. Lógico, teve algumas restrições, volume de pessoas, evitando aglomerações, mas nesse sentido. Mas, em termos de diminuição, não. Mas, assim, diminuição de oferta, que eu estou dizendo, não houve, mas de procura (Gestor RAPS 7).

Por outro lado, gestores e trabalhadores da rede indicaram que a assistência em saúde mental teve redução significativa no seu trabalho, se distanciando dos territórios, suprimindo o acompanhamento longitudinal em saúde mental ao aspecto medicamentoso, indicando retrocessos no acompanhamento de usuários e em mobilizações de atividades terapêuticas. Assim, foi garantido no cenário pandêmico que os serviços da RAPS estivessem abertos para atender a população, mas nitidamente houve diminuição da oferta de cuidado, com restrição e suspensão de atividades relevantes para o desenvolvimento da atenção psicossocial. A literatura indica que a pandemia de Covid-19 ampliou as barreiras de acesso aos serviços de saúde, apontando-se uma desmobilização das pessoas buscarem os serviços de saúde e darem continuidade aos seus tratamentos, agravando doenças crônicas, como os transtornos psiquiátricos (Soares, 2022). Portanto, não foi apenas o medo de contaminação o único fator de afastamento do serviço, mas também, barreiras de acesso à atenção em saúde mental, direcionada a uma prática de ambulatorização dos serviços, focada no controle de sintomas, através da medicalização para evitar crises (Noal; Passos; Freitas, 2020; Andrade *et al*, 2021).

De maneira complementar, não foram indicados momentos de encontro entre os serviços e equipes das UAPS e do CAPS para discussão de casos de saúde mental, mas apenas espaços de compartilhamento de informações, quase sempre, direcionadas à situação da Covid-19. Ocorreu uma diminuição da comunicação entre equipes dos serviços, direcionando esta função aos gestores dos dispositivos da RAPS para garantir articulação de demandas específicas de saúde mental. Com frequência, essas demandas eram direcionadas para viabilização de atendimento médico e continuidade do fornecimento da medicação aos usuários dos serviços:

E, ainda bem, como eu falei, a gente tinha um grupo de gestores muito bons. Gestores que já se alinhavam, que já eram conhecidos. Então, eles conseguiam se articular dentro da nossa regional muito bem. Tanto os gestores do CAPS, quanto gestores da UAPS. Então, por isso, por estarem um bom tempo no serviço ou já trabalharem juntos, eles conseguiam isso (Gestor RAPS 6).

Entretanto, apesar do relato de boa comunicação entre gestores dos serviços, as falas dos trabalhadores das UAPS indicavam que não tinham informações precisas acerca do

funcionamento dos CAPS na pandemia, em alguns momentos, sugerindo que o serviço não estaria funcionando ou estaria prestando assistência similar ao das unidades, com foco na garantia de medicação e restrição de acesso à população (porta fechada).

Eu não lembro se o CAPS estava funcionando direito, acho que não tava também. A gente tava se aguentando nas receitas especiais do povo. O povo vinha, faziam as receitas, eles vinham buscar, se medicavam, ficavam em casa mesmo. Eu acho que [a saúde mental] foi muito esquecida. A gente via que as pessoas não iam para o CAPS, quer dizer, não iam pra canto nenhum né, o povo queria ficar em casa (Trabalhador UAPS 3).

Pra mim é como se tivesse deletado da minha mente o que é um CAPS no período da pandemia [...]. Mas assim, deletou, pra mim, a rede de saúde mental, ela realmente ficou um buraco. Eu não sei o resultado, como era feito mais ou menos o atendimento nesses serviços, porque o foco foi mais realmente na COVID (Trabalhador UAPS 8).

Durante a pandemia, a conectividade entre os serviços da RAPS foi intensamente impactada, por vezes revelando que não haveria possibilidade ou mesmo justificativa para aproximação entre os serviços:

Pra que conversar [sobre articulação]? O posto não tava conseguindo dar conta. O que foi definido eram que os crônicos, diabéticos e hipertensos, eles estavam com a prioridade, e as gestantes também, foram os programas que continuaram, todos os outros foram interrompidos. Que tipo de articulação eu poderia fazer com o posto? Se o posto estava desesperado com uma fila de atendimento de pacientes com sintomas de Covid, gente morrendo, balão de oxigênio insuficiente. Esse não era o momento e a gente sabia disso (Gestor RAPS 1).

Durante a pandemia, ninguém podia se reunir, né? O matriciamento, a priori, é uma reunião, né? Ninguém se reunia. [Tinha o atendimento] no consultório, mas era o médico com o paciente[...]. E os matriciamentos só foram acontecer muito tempo depois da pandemia. Que aí sim a gente podia se reunir, entendeu? (Trabalhador UAPS 6).

A alternativa encontrada para evitar o “bate e volta” do paciente, foi de que o serviço especializado deveria atender a demanda de saúde mental de transtornos mentais leves/comuns da APS, pelo menos provisoriamente, diante da focalização de atendimentos de síndromes gripais nas UAPS.

Então aqui, para não ter o bate e volta e saber que o paciente realmente iria lá e, naquele momento, o posto não tinha condição de atender, nós atendemos. Temos alguns pacientes que eles começaram aqui, que a gente evoluiu no sistema como perfil de posto né, [como] contingência covid-19, tem isso registrado [no prontuário]. E aí nós atendemos e explicamos para o paciente: “olha, você não vai ficar aqui. Durante a pandemia você vai ser atendido, mas você vai para o posto de saúde” (Gestor RAPS 1).

Aqui, a gente acaba recebendo muita demanda, demandas que nem nossa é. Por exemplo, o paciente tem um quadro de depressão leve, mas que ele ainda tem uma funcionalidade, não tem um caso grave e persistente. E esse tipo de atendimento é feito né. É pra ser feito na atenção básica, só que naquele momento, a atenção básica se voltou para a covid e acabou que esse tipo de demanda veio mais pra gente. Então, pela situação nem cabia, “olha, vai pro posto pra procurar esse tipo de atendimento, porque você não é nesse momento nosso perfil”. A gente acabava acolhendo,

considerando o contexto, a situação e até para evitar que agravasse o quadro e ele realmente se tornasse um quadro grave e persistente (Trabalhador CAPS 1).

Os postos de saúde viraram UPAS, as UPAS viraram hospitais. E aí, não tinha o diálogo do que você faz de discussão de casos, de acionamento da rede, não tínhamos. Eram atitudes emergentes, urgentes. O impacto é porque a gente acabou assumindo demandas que não eram de CAPS, né. O CAPS, como Centro de Atenção Psicossocial para transtornos moderados e severos, nós atendemos pacientes com transtornos leves, porque o médico do posto não estava manejando, porque o médico do posto estava entubando né. E aí, que acabou que misturou as demandas né, tanto que a gente teve um aumento muito grande do número de usuários do serviço por causa dessa mudança de perfis (Trabalhador CAPS 2).

Salienta-se que em contexto anterior à pandemia havia uma insatisfação dos trabalhadores da RAPS em atender demandas que não seriam de sua responsabilidade. Em contraponto, na conjuntura de emergência em saúde pública, as equipes se sentiram pressionadas a desenvolver uma flexibilidade na assistência em saúde mental dos serviços para evitar a desassistência dos usuários. Atores da APS confirmaram que os próprios usuários, sabendo das dificuldades do direcionamento para a demanda Covid-19, optavam por procurar diretamente os CAPS: *“mesmo que fosse um perfil de UAPS, mas os pacientes, eles já sabem que eles, para iniciar algum tipo de tratamento, eles [diziam], ‘não vão pro posto, porque o médico não vai saber atender, eu vou pro CAPS’”* (Gestor RAPS 5)

Retomando a dimensão normatividade nas redes de saúde (Amaral, Bosi, 2017), observou-se a criação de fluxos formais de padronização do funcionamento das redes na pandemia de Covid-19 e, para saúde mental, direcionados ao atendimento a crise e continuidade do tratamento medicamentoso, utilizando-se de protocolos clínicos de manejo da Covid-19. Entretanto, indica-se a presença de fluxos não formalizados entre os serviços, produzindo novas formas de relações adequadas à realidade do contexto apresentado. Houve uma pactuação informal entre gestores e trabalhadores dos serviços para evitar a desassistência da população aos medicamentos psicotrópicos, ainda que com problemas no alinhamento desses fluxos.

O matriciamento em saúde mental, apesar de ter sido reconhecido como principal forma de articulação entre as equipes das UAPS e CAPS, teve que ser interrompido durante toda a pandemia (2020-2022), diante de orientações propostas no Plano Municipal de Contingência da RAPS. O motivo da suspensão foi indicado para evitar atividades coletivas e de aglomeração de pessoas, já que os trabalhadores se utilizavam de encontros presenciais para desenvolver suas atividades.

Executar matriciamento no contexto pandêmico foi algo desafiador em um cenário contraditório de isolamento e distanciamento social para uma atividade que tem fundamentos em roda, com base no vínculo, nas redes de cuidado, articulada e territorializada. Mas, destacam-se achados na literatura de estratégias para permanência de ações de matriciamento

em saúde, mesmo diante das adversidades que perpassam o cenário pandêmico e que se agravaram na conjuntura de crise. Como a elaboração de rodas remotas entre profissionais da APS e dos CAPS, tidas como espaços de apoio mútuo, compartilhamento de experiências e possibilidade de manter a atividade para fortalecer a assistência nos diferentes serviços (Lima; Oliveira; Carvalho, 2021). Além da permanência de atendimentos compartilhados, visitas domiciliares, discussões de caso e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares, com acionamento de serviços especializados, quando necessário, e uso de tecnologias digitais para discussão de casos e compartilhamento do cuidado (Cunha; Prado; Resende, 2023).

No caso desta pesquisa, apenas trabalhadores do CAPS citaram a tentativa de uso da ferramenta remota em estágios iniciais da pandemia de Covid-19 para permanecer com as atividades de matriciamento com as eSF. Entretanto, alegaram não ter tido sucesso por conta do esvaziamento de profissionais da APS das reuniões, em virtude da situação do atendimento à Covid nas unidades, e posteriormente, da oficialização da suspensão do matriciamento como direcionamento municipal.

A pandemia de Covid-19 escancarou os problemas que a RAPS já enfrentava (Silvano *et al.*, 2022), onde as incertezas foram agravadas (Lima; Oliveira; Carvalho, 2021). O rompimento no acompanhamento de projetos terapêuticos nos serviços, durante a pandemia, aliado a adoção de práticas que se contrapõem a uma atenção psicossocial, podem resultar no agravamento de desafios para a política de saúde mental e serviços da RAPS no pós-pandemia, tendo em vista que o acesso restrito ao cuidado não promove intervenções às reais necessidades sociais e de saúde dos usuários, inscritas em perspectivas amplas e integrais nos territórios.

5.3.2 - RAPS no cenário pós-pandemia

O ano de 2022 foi indicado pelos atores da pesquisa como fase de retomada efetiva de atividades interrompidas nos serviços de saúde com a pandemia de Covid-19, possibilitando o retorno de atendimentos eletivos, de ações coletivas e no território, com a necessidade de reorganização dos fluxos de atendimento e de articulação entre os serviços.

Os participantes identificaram o aumento da demanda de saúde mental nos serviços no pós-pandemia, em contrapartida do rompimento da articulação entre UAPS e CAPS. Assim, diante das dificuldades impostas para atender e acompanhar a demanda de saúde mental durante a crise sanitária, destacaram a sobrecarga nos serviços de saúde pelo agravamento da demanda de saúde mental não atendida devidamente:

Em relação aos usuários, o lidar com a população se torna mais difícil, porque a gente tem uma população mentalmente adoecida. Então, o fato de, muitas vezes, não

conseguir acolher isso. [...] E aí, a gente tem que lidar com as pessoas com uma doença mental mais complicada, ao invés de ser só aquilo que a gente manejaria facilmente, inicialmente. Isso sobrecarrega o serviço de saúde. Porque ao invés de eu lidar só com uma demanda mais simples e facilmente acompanhável, eu começo a ter um caso mais complexo, que requer uma unidade de saúde, depois requer um atendimento de CAPS, sabe? (Gestor RAPS 5).

Não tivemos acesso a alguma mensuração objetiva acerca do aumento da demanda de saúde mental na UAPS pós-pandemia, mas os entrevistados referem ter percebido essa situação no cotidiano de trabalho. Em relação ao CAPS, os participantes referem um aumento no número de prontuários nos últimos anos. Conforme quantitativo repassado pela coordenação do serviço, entre 2006 a 2019, existiam cerca de 5.529 prontuários, onde em dezembro/2021 chegaram a 9.458 prontuários abertos e, em março/2023, já representavam cerca de 10.302 prontuários abertos. O problema da sobrecarga de demandas nos serviços foi amplificado por uma conjuntura de problemas acerca da integração entre os serviços, com responsabilidades sobrepostas ou médico-centradas. Com o contexto da pandemia, ampliou-se a descontinuidade do cuidado e rompimento de acesso às variadas intervenções psicossociais para responder às diferentes necessidades de saúde, considerando a complexidade do campo da saúde mental (Costa-Rosa, 2013; Amarante, 2020).

A pandemia se desenvolveu no decurso de aumento na prevalência de transtornos mentais no mundo. Dessa forma, consideram-se que as repercussões das epidemias de sofrimento psíquico e de Covid-19 potencializaram suas consequências e causaram grande impacto na saúde mental de indivíduos, famílias e comunidades, com efeitos que podem perdurar por longo tempo. A saúde mental está diretamente relacionada aos determinantes sociais de saúde, onde entendemos que medidas de controle adotados pelos governos e repercussões econômicas e sociais da pandemia, sem considerar as repercussões psicossociais, geram agravamento das condições de saúde mental (Bispo Júnior; Santos, 2021).

Os trabalhadores acreditam que a pandemia trouxe repercussões relevantes na saúde mental da população, diante do aprofundamento de condições sociais, econômicas e psicológicas, bem como, do processo de adaptação às medidas de controle e prevenção à Covid-19.

A demanda aumentou muito aqui nos nossos serviços, por várias questões. Primeiro, no momento da pandemia em si, o medo de ficar doente, de perder alguém, de morrer. Então, as questões de ansiedade bombararam né, aumentou bastante. Depois, os impactos que a própria pandemia trouxe né, pessoas enlutadas, pessoas que perderam seus empregos, que fecharam empresas, enfim. A gente recebe sempre, por exemplo, pessoas que tinham condições de pagar plano de saúde, faziam acompanhamento na rede privada e hoje em dia não tem mais como custear e procuram o CAPS [...]. Mas de transtornos mentais têm muito né, quadros depressivos, lutos complicados que não puderam se despedir né. Então, teve sim, tanto de desencadear nas pessoas transtornos mentais, quanto de agravar em quem já tinha né. As pessoas que já eram

acompanhadas tiveram crises no momento que estava ali de lockdown, mais isoladas, sem virem para os serviços (Trabalhador CAPS 3).

Toda a situação de vendo pessoas próximas morrerem e ansiosos com o risco de pegar a doença, mas também porque, por conta dos lockdown, aqueles espaços que eram espaços terapêuticos também, tipo o meu curso de inglês, o meu curso de violão, a minha academia, todas essas coisas que, querendo ou não, são para nós, espaços de cuidado, também não estava mais existindo presencialmente. Então, muitas pessoas voltando para cá, dizendo que estavam tomando a medicação, mas vinham se sentindo mais ansiosos, mais deprimidos, né? Por conta de tudo isso aí, tanto pela situação pandêmica, mas também pela falta de outros espaços. “Agora não estou indo mais ver meus amigos no trabalho, eu não estou indo mais para a faculdade, eu não estou saindo mais nos meus fins de semana”, né? Tudo isso foi muito adoecedor (Trabalhador CAPS 5).

Nessa conjuntura, vale observar que a pandemia da Covid-19 foi disruptiva em várias dimensões: restringiu o convívio social ao entorno domiciliar (Lima, 2020), fragilizou vínculos trabalhistas (Holmes *et al.*, 2020) e induziu mudanças significativas na produção e determinação das formas de sofrimento. A necessidade de romper com o processo de medicalização, desafio permanente da reforma psiquiátrica e agravado na pandemia de Covid-19, diante da flexibilização e centralidade no tratamento medicamentoso em saúde mental, foi apontado pelos trabalhadores das UAPS que destacaram que parte da população acompanhada passou a exigir a renovação de receitas médicas sem passar por acolhimento ou avaliação médica, mesmo com a declaração do fim da pandemia e restabelecimento das atividades nas unidades.

Muitas vezes, por conta da pandemia, o contato com o paciente se tornou apenas com renovação de receita, entendeu? A consulta, muitos pacientes não vem, chegam aqui no intuito só de jogar uma receita ali pra renovar. Aí se torna até mais complicado para a medicina em si. A gente sempre orienta, mas a pandemia deixou esses pacientes mal acostumados né, de vim renovar quando só tem um comprimido e deixar a receita pra renovar sem passar por um acompanhamento médico em si, pela consulta mesmo de saúde mental, ver se teve melhora, se não teve (Trabalhador UAPS 2).

Começaram a reavaliar os casos, porque eles se habituaram a não passar mais pela consulta. Chegar no portão e dizer, eu não vim me consultar, eu vim pegar o meu remédio, aí já joga na nossa mão a receita de amitriptilina. Não, eu não vim [me consultar], eu quero o meu Alprazolam, não é uma consulta. Eu já tomo, eu sei que eu preciso, eu sei que eu não durmo sem ele, eu quero. E a confusão é grande! É assim como uma pessoa que tá atrás de um entorpecente, de uma droga ilícita. Então assim, já teve confusões aqui da pessoa dizer que vai quebrar todo o posto, com todos os profissionais. Já aconteceu comigo, com fulano. “Eu vou quebrar o posto. [Se] não me der, eu vou quebrar.” pois pronto, vai ser acionada a polícia, você não pode quebrar o patrimônio público e você vai ter que se acalmar.” (Trabalhador UAPS 7)

Frente às novas configurações epidemiológicas, os trabalhadores das UAPS indicaram a necessidade de abrir espaço nas agendas dos serviços para o atendimento e reavaliação das condições de saúde dos usuários:

Então, [eu dizia] “doutora, trouxe a lista de pessoas para senhora dar sequência aqui na medicação.” Só que nós fomos observando, principalmente os médicos, que tava uma coisa exorbitante. Aí a minha chefe disse, “não, até pela quantidade de receituário azul, os bloquinhos que ficam, os canhotos, tava assim, tudo voando”. Aí disse, “não, não tem como”. Aí vamos pegar, por agente de saúde, as pessoas que mais tomam medicamentos. E essas pessoas vão ser chamadas: é pra tomar a vida toda? Pra tomar dez anos seguidos? Não é assim. Ela foi pro psiquiatra ou foi só ao clínico? Ele deu um prazo ou ele disse que era para sempre? É perpétuo isso aqui? Não, não vai ser assim. Aí a chefe do posto, então, ela pegou por agente de saúde. Quem são seus pacientes que mais tomam? Certo, pois nós vamos agendar com a sua médica da sua área, pra ver um a um, se tá certo isso. Aí, assim, foi dado uma enxugada boa, porque eles estavam descontrolados. [...] A gente tinha pré-natal, hipertensão, tuberculose, mas não tinha saúde mental. Aí depois do Covid, foi aberto em cada agenda dos profissionais o dia da saúde mental (Trabalhador UAPS 7).

As repercussões para a assistência em saúde mental na APS, durante a pandemia de Covid-19, relacionadas ao aumento no uso de medicamentos psicotrópicos, não foram identificadas apenas nesta pesquisa. Achados na literatura remontam a essa situação, onde o contexto pandêmico propiciou um grande impacto na prescrição e uso de psicofármacos, contribuindo para uma expansão da medicalização da saúde mental (Garcia *et al.*, 2022; Lima, 2023). A medicalização implica tanto o enfoque do tratamento centrado na medicação, quanto na transformação de problemas comportamentais em questões patológicas, com foco em sinais e sintomas, propondo-se como resposta a intervenção farmacológica. Na pandemia, fortaleceu-se o discurso medicalizante, com o risco de utilizar a medicação como solução para as reações esperadas e até compreensíveis da comunidade, reduzindo-as à perspectiva de doença em um contexto pandêmico de isolamento social, mudanças sociais e adaptação ao cenário de incertezas (Garcia *et al.*, 2022; Lima, 2023).

Assim, defende-se a necessidade urgente de reelaboração de estratégias de cuidado em saúde mental na APS, já que, em tempos de pandemia, foi utilizado um formato fragmentado de intervenção, não valorizando a escuta qualificada, vínculo e perspectiva integral, resultando no uso indiscriminado de psicotrópicos e não resolutividade das demandas de saúde mental na perspectiva psicossocial (Bernieri *et al.*, 2021).

Os resultados apontaram o desafio de romper com o processo adotado de centralidade na renovação de receitas, para indicar a necessidade de acompanhamento no uso da medicação e elaboração de estratégias de saúde mental nas UAPS: “*agora, nosso trabalho, está sendo voltado bastante pra isso. A gente tá assim com o olhar [...] bem voltado para o adoecimento mental*” (Trabalhador UAPS 4). Notamos a preocupação, por parte de trabalhadores, em estarem mais atentos as repercussões em saúde mental da população no pós-pandemia:

[...] Os pacientes vinham procurar [o serviço], quando não era relacionado a covid, era relacionado a saúde mental, e que muitas pessoas ficaram abaladas por conta da covid. Até hoje em dia, tem gente que chega: “não, depois da covid, eu desenvolvi um transtorno de ansiedade e tô até hoje no tratamento e no acompanhamento” e tudo mais. Acho que foi exatamente isso, que aí, hoje em dia, eu incluo saúde mental em todas as minhas consultas. [...] Mas, aumentou muito a procura por cuidados de saúde mental no posto. Todo acolhimento tem uma ou duas pessoas que procuram atendimento relacionado à saúde mental (Trabalhador UAPS 2).

A pandemia desorganizou todo mundo, óbvio, né? Nenhum serviço, nenhum lugar, nenhum lugar no mundo estava preparado para ela, né? Então, o que a gente vai tirar de positivo é tentar ter um olhar mais direcionado para o paciente de saúde mental (Trabalhador UAPS 6)

Os próprios trabalhadores das UAPS reforçaram que a medicação não daria conta da complexidade do sofrimento psíquico, apontando uma necessidade de mudança nas intervenções em saúde mental na APS, que contemplem ações amplas, principalmente com o apoio de especialistas, atividades coletivas, com apoio intersetorial e da rede de saúde.

Não vi mudança nenhuma, o que fez foi aumentar os casos de saúde mental. Cada dia que passa fazemos mais receitas de remédios controlados. Porque, como te falei, se tivesse uma equipe legal pra dentro dos postos, eu acho que não teria tanta gente tomando remédio controlado. Porque essas medicações, eu acho que é muito prejudicial também para o organismo, mas se tivesse uma equipe assim para trabalhar, por exemplo, uma psicóloga, um psiquiatra mesmo né, dentro de um posto de saúde, pra atender essas pessoas, acho que resolveria grande parte dos problemas na comunidade. Acho que ia amenizar mais esses remédios controlados, as pessoas teriam a mente mais aberta. Às vezes até uma roda de conversa, que naquele momento a pessoa precisa escutar, já ameniza muita coisa né. Porque se tivesse um profissional que orientasse, “ah, se você não quer ou não pode tomar esse medicamento, vamos ver o que você pode fazer, vamos fazer um exercício, uma terapia”, eu acho que melhoraria bastante. Eu acho que [ter] profissionais mesmo, seria uma maravilha, nem mandaríamos tanta demanda para os CAPS (Trabalhador UAPS 3).

Da mesma forma, no CAPS Geral, os respondentes destacam que o cenário atual é de agravamento da atenção psicossocial, com aumento da demanda de saúde mental no serviço, apresentando fila de espera para avaliação inicial e atendimento médico e psicológico.

É, em contrapartida, mesmo a gente fazendo de tudo pra tentar sanar essa demanda, a gente, hoje, ainda tem um resquício dessa pandemia: o número exacerbado de usuários. As pessoas permaneceram com seus adoecimentos psíquicos e isso fez com que a nossa demanda se mantivesse sempre muito alta e a gente não consegue dar conta, porque é muita gente (Trabalhador CAPS 2).

Não sei se foi só por conta da pandemia, mas a pandemia com certeza foi um fator desencadeador de muitos [problemas] ou agravante né. Mas, os serviços por não acompanharem o aumento da demanda vão desencadear uma assistência de menor qualidade do que antes ou até mesmo desassistência, porque a pessoa fica numa fila de espera para conseguir o acesso ao serviço. Eu acho que essa demanda, sem a preparação adequada dos serviços vai gerar uma desassistência grande da população, as pessoas talvez não consigam acessar os serviços ou acessem com pouca qualidade (Trabalhador CAPS 3).

Dessa forma, a reação a essa dinâmica de determinação social em saúde aponta a necessidade de restituição de mecanismos intersetoriais e transdisciplinares para manejo do

adoecimento mental, que devem extrapolar a prescrição médica e a focalização da atenção. Percebeu-se nas falas a insuficiência de ações integrais e transdisciplinares e de intervenções clínicas em perspectiva ampla, as quais foram prejudicadas diante de um contexto de adaptação a novos protocolos de saúde. Associado a isso, houve falta de recursos pessoais, técnicos e estruturais para o suporte adequado, limitada na pandemia à prescrição de medicamentos, renovação de receitas e ações individualizantes e medicalizantes, com reduzido movimento para participação de outros saberes, além do discurso médico-centrado, para construir projetos terapêuticos singulares (Oliveira *et al*, 2020; Duarte *et al.*, 2021). Nitidamente, houve subaproveitamento e não reconhecimento das potencialidades da APS como produtora de cuidado em saúde mental (Mattos; Pereira; Gomes, 2022) e fragilização da atenção especializada (Lima; Oliveira; Carvalho, 2021).

Os apontamentos acerca das estratégias de retomada de articulação da RAPS no pós-pandemia elegeram diferentes necessidades entre os atores entrevistados. Percebe-se tanto a necessidade de retomada de mecanismos para fortalecer a relação entre os dispositivos como educação permanente, organização de agendas integradas das equipes, investimento na expansão de serviços e equipes da RAPS e mudanças no formato da atenção em saúde mental ofertado, mais compatíveis com o modelo de atenção psicossocial.

Atores reconheceram que ações para fortalecer a assistência em saúde mental nos serviços só estariam sendo traçadas no contexto atual: “[...] a política está sendo [pensada] agora, mas era para ter sido antes” (Gestor RAPS 6). Mas as falas divergem acerca da relação entre as equipes dos serviços no pós-pandemia. Alguns gestores indicaram que os trabalhadores e gerentes das UAPS teriam ficado mais sensíveis à necessidade de fortalecimento da relação entre os serviços, entendendo a importância do trabalho em conjunto com os CAPS, diante das situações de sofrimento psíquico agravadas nos territórios com a pandemia.

Outra coisa positiva é que a gente tá observando melhor aquele paciente que está chegando, é, pelo menos aqui neste CAPS, tensionou a gente a ter uma proximidade maior com o posto, por ter absorvido muita gente que era do posto, teve que se aproximar mais para poder devolver esta pessoa. De alguns questionamentos, de como está acontecendo o programa de saúde mental no posto ou porque não está acontecendo, que aí a gente identifica (Gestor RAPS 1).

Eu acho que a pandemia ajudou muito a estreitar os laços dentro dos serviços, entre os gestores, porque eles viram que um precisava do outro. Antes, a saúde mental era uma coisa e a UAPS era outra. Dentro, vou te dizer, dentro da nossa regional, tá? A gente tinha isso muito bem separado, nunca era feito um trabalho entre os dois juntos. Na pandemia, os gestores viram que eles precisavam um do outro. [...] Então, assim, a gente já está vendo que os próprios profissionais estão entendendo que precisa dessa articulação, dessa parceria, para que todos funcionem melhor. [...] Eles, durante aquela crise, entenderam que precisavam. Precisavam se unir porque senão não iam

conseguir dar conta. Então, foi nesse sentido. É muito interessante a diferença que tem de três anos atrás para hoje da união das unidades (Gestor RAPS 4).

Depois de 2021, a gente começou a querer realmente trabalhar em rede. A gente começou a trabalhar, a ter um movimento, uma conversa melhor entre a atenção primária e a saúde mental, sem ter aquele vácuo que existia e que um jogava o paciente para o outro sem ter uma liga, sem ter uma coesão (Gestor RAPS 6).

É notável que o trabalho em conjunto das equipes que constroem a RAPS fortalece as práticas em saúde mental (Lima; Oliveira; Carvalho, 2021), é potente identificar nas falas dos atores o indicativo da necessidade de fortalecimento da articulação entre as equipes no cenário pós-pandemia, pois pode colaborar no fortalecimento da descentralização do cuidado, corresponsabilização das demandas de saúde mental entre as equipes e trabalho em rede (Jorge *et al.*, 2013). Entretanto, não é porque em tese essa relação é tida como relevante, seja pelo modelo de atenção psicossocial proposto ou pelo reconhecimento da ampliação da demanda de saúde mental nos serviços com a pandemia, que, na prática, a aproximação e corresponsabilização entre serviços e trabalhadores tenham a repercussão esperada.

Isso pode ser constatado na tentativa de retomada do matriciamento em saúde mental no início do segundo semestre de 2022. O movimento de retomada foi feito de maneira gradual e com menor quantidade de profissionais envolvidos nos encontros, com uso de máscaras e buscando utilização de espaços que pudessem garantir distanciamento social. Entretanto, alegam ter tido dificuldade por falta de estímulo por parte da gestão municipal (situação já identificada antes da pandemia) para criar espaços institucionais e definição de uma agenda de trabalho para as equipes. Permanece ainda a ideia da saúde mental como um programa que sobrecarrega a APS, conforme destacado nas falas:

[Temos] muitas [dificuldades para o matriciamento], é difícil. Porque você tem uma agenda de atenção primária bem demandante, vamos dizer, ela precisa de muito. E aí o matriciamento, quer queira, quer não, é um, vamos dizer assim, é uma mão de obra, não no sentido de mão de obra física, mas é uma mão de obra pesada, assim, da atenção primária. Eu tenho que direcionar aquele atendimento. E aí a gente tem, logicamente, na perspectiva de 4 mil pessoas por equipe, a gente percebe como é difícil essa agenda, mas a gente tem trabalhado (Gestor RAPS 7).

A gente percebe que não há um cuidado, sabe, com uma preocupação, uma preocupação em que haja efetivamente o matriciamento, né? Aí, quando você chega na unidade básica, uma preocupação de que o gestor da unidade básica reserve os seus profissionais pra fazer o matriciamento, aí você chega lá, é como se você fosse um intruso, né? Não, mas tá agendado, a gente veio porque tá agendado. Ah, mas aí a gente não liberou os profissionais, o médico [da UAPS] tá muito ocupado. [...] Mas eu também entendo que as pessoas entendem isso como, a saúde mental como menos importante, né? (Trabalhador CAPS 5).

Ademais, o matriciamento em saúde mental sofreu nova paralisação, permanecendo sem ocorrer até a ocasião em que as entrevistas foram realizadas (abril de 2023). A atividade parece ser uma promessa permanente dos atores como resolução dos problemas da rede, mas

que na prática não consegue ser efetivada. Trabalhadores reforçam que o matriciamento enfrenta há tempos alguns obstáculos para se manter, seja pela equipe reduzida do CAPS para dar conta de todas as UAPS da CORES II, seja pela receptividade das UAPS para realizar essa atividade, sendo destacado como uma “política oficializada”, mas que necessita de muita “barganha e negociação” para ser implantada entre as equipes.

Conforme o Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2022-2025), em agosto de 2022, houve a tentativa de retorno do matriciamento em sete CAPS de Fortaleza. O documento aponta que a gestão tem reforçado que todos os serviços retomem a atividade e que a coloquem como prioridade em seus cronogramas de atividades. Informa ainda que tem sido um grande desafio no fortalecimento desse indicador, considerado que o apoio matricial assume variadas formas, dependendo do contexto em que se desenvolve e das percepções dos profissionais envolvidos, sugerindo mudança nas práticas dos profissionais, com a inclusão de ações interdisciplinares e de compartilhamento de saberes. Reforça-se no documento a necessidade de ser adotado como compromisso e engajamento dos gestores, profissionais de saúde, usuários, familiares e comunidade, que, de maneira compartilhada, contribuem decisivamente para a reorganização do cuidado em saúde mental na atenção básica (Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2022).

Gestores entrevistados alegaram esforços para minimizar essa situação. No final de 2022, realizaram-se encontros com profissionais e gerentes dos serviços para o fortalecimento da construção de uma agenda em conjunto com a APS, já que este seria o lócus do matriciamento em saúde mental. Essa situação foi tida como possibilidade para identificação das demandas na APS e sensibilização pelas equipes dos CAPS das eSF das unidades, principalmente aquelas com maior resistência à atividade:

E aí foi exatamente esse momento, né? Onde estavam as articuladoras da atenção primária e as articuladoras da saúde mental e foi um troca-troca do que tava dando certo em uma [unidade], do que poderia ser na outra. E a partir dessa reunião, nós tivemos uma reunião interna aqui, entre o que eu conversei com a articuladora da saúde mental. E aí nós disparamos esse processo nas nossas unidades de atenção primária, vendo a necessidade deles, vendo que o CAPS também poderia contribuir, aumentando o número de dias de matriciamento. [...] E a primeira agenda, foi exatamente uma sensibilização dos profissionais do CAPS. Foi uma sensibilização dos profissionais do CAPS nas unidades de saúde que não aconteciam o matriciamento, para eles compreenderem o que era o matriciamento. [...] Então a gente precisava sensibilizar esses profissionais para eles compreenderem qual era aquele paciente que era o perfil do matriciamento, o que era o matriciamento. E até sensibilizar alguns gestores, que achavam que naquele dia, tinha que abrir uma agenda com um psiquiatra [do CAPS] que vinha atender. [...] Então, isso foi o pontapé para iniciar em 2023. Mas, infelizmente, tivemos a saída de alguns profissionais e foi dado um stand-by, que a gente quer retomar agora, nesse mês de abril [2023] (Gestor RAPS 6).

O investimento em educação permanente, através, por exemplo, de um curso para manejo em saúde mental na APS foi apresentado como ação também prevista pela gestão. O curso foi indicado para profissionais da APS para capacitação sobre atendimento em saúde mental, indicando a necessidade de mudança de olhar de profissionais e usuários para que os serviços das UAPS também possam ser considerados locais de cuidado em saúde mental e fomente uma perspectiva mais ampla de saúde.

A educação permanente em saúde (EPS), como estratégia político-pedagógica, proporciona espaços de aprendizagem conjunta a partir da problematização sobre e por meio do trabalho e valoriza o uso de tecnologias leves e a escuta como cuidado em saúde mental possíveis a todos os profissionais. É uma estratégia importante, assim como o apoio matricial, para estimular o reconhecimento pelos serviços de saúde quanto ao seu papel no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico (Fornereto; Sousa; Martini, 2023).

Entretanto, trabalhadores da RAPS destacaram que os encontros com a gestão para retomada de fluxos e articulação da rede ainda ocorrem de maneira pontual e com necessidade de superar a mera transmissão de informações, inclusive da concentração no repasse de informações remotas, bastante utilizado na pandemia e que ainda persiste:

Tem uma questão de uma certa desorganização da gestão maior, secretaria de saúde né, de estarem mais presentes dentro dos equipamentos, entender quais as necessidades dos serviços né, tentando articular algumas questões, como: fluxos entre os serviços; o matriciamento [...] Mas, tipo, [os gestores municipais] não vieram aos serviços para saber de fato no que os profissionais estão envolvidos, eles montaram escalas um pouco aleatórias que chocam com outras atividades dos profissionais. Então, eu sinto essa falta de uma proximidade maior da equipe, por exemplo, da secretaria estar ciente da realidade do serviço. (Trabalhador CAPS 3).

Até hoje, a questão do fluxo, as referências, não estão muito claras. [...] A gente tá tendo dificuldade de referenciar, não vou dizer que é todo posto. [...] Eu sei que esse fluxo, essa articulação, ainda não está no nível pré-pandemia, ainda está em construção, não está funcionando como antes né, essa é a impressão, pode ser que seja diferente aos olhos de outras pessoas (Trabalhador CAPS 7).

E antes, a gente tinha encontros que era passado pra gente todo um fluxo, toda uma conduta que se devia ter. E isso, com a pandemia, a gente viu que tudo era muito pelo WhatsApp, e isso aí enraizou um pouco, a gente continua assim. Esses encontros pra mostrar um fluxo de um serviço, a conduta que se deve ter, ainda está na base do WhatsApp e às vezes a gente fica perdida. (Trabalhador UAPS 9).

O uso de tecnologias foi amplamente utilizado como forma de encaminhamento dos direcionamentos dos fluxos dos serviços e atualizações sobre manejo do Coronavírus, com predominância de um modelo de comunicação utilitarista, centralizador e funcional, com foco na transmissão de informações (Santos *et al.*, 2021). O ato de comunicar-se centrado na passagem de informações impõe uma dificuldade na ação e reflexão dialógica, pois esse tipo de comunicação informal implica em possível descompromisso com a transformação da

realidade inserida. As tecnologias de informação seguem como uma tendência contemporânea pela facilidade de repasse das informações, mas o uso exclusivo pode dificultar ou reduzir a colaboração interprofissional, pois exigem-se níveis aprofundados de relação pessoal com trocas de conhecimentos e ações compartilhadas (Previato; Baldissera, 2018).

Assim, aspectos anti dialógicos de comunicação entre equipes, com comunicação exclusivamente via redes sociais e aparatos tecnológicos e reuniões esporádicas, afastam as equipes do agir comunicativo, sendo importante as equipes criarem espaços e oportunidades para exercerem o diálogo e a superação da dicotomia entre aprender e ensinar (Previato; Baldissera, 2018). Propõe-se um delineamento claro das estratégias de matriciamento e do papel dos profissionais e serviços como algo essencial para direcionar ações colaborativas entre os dispositivos da RAPS, pois as articulações possibilitam troca de saberes e experiências, visando um processo de transformação do processo saúde e doença, bem como das equipes e dos territórios (Fornereto; Sousa; Martini, 2023).

Parece existir um descompasso entre as necessidades reconhecidas pelos entrevistados e ações que as contemplem, na direção do fortalecimento da articulação entre os serviços. Destaca-se a perspectiva dos trabalhadores de que a política de saúde mental teria maior visibilidade no pós-pandemia, diante de possíveis agravamentos de sofrimento psíquico e transtornos mentais. Entretanto, mesmo diante das estratégias apresentadas pela gestão, os trabalhadores consideram que a saúde mental ainda não se tornou prioridade da gestão, não identificando ações efetivas para investimento na política.

E aí, mesmo com todas essas mudanças e o aumento da demanda, eu acho que a gente ainda não tá tendo mudanças efetivas pras políticas [de saúde mental]. Eu acho que precisa ser melhor pensado e executado, porque às vezes a gente tem discussões interessantes, mas que não saem do papel, justamente porque, tipo assim, temos prioridades maiores, né? E quando que a saúde mental vai ser efetivamente prioridade? (Trabalhador CAPS 5).

[A política de saúde mental] sempre [esteve] no segundo plano. Teve essa oportunidade agora, achava que com a pandemia, todo mundo sabendo que a saúde mental, os transtornos, seriam a quarta onda, né? Eu tinha essa esperança de que, com isso, seria mais vista, seria mais valorizada. Mas a gente não tá vendo isso na prática, né? Já esqueceram da importância disso. [...] Então, assim, é meio frustrante, porque era a vez da gente poder ter um olhar diferente, né? (Trabalhador CAPS 7).

Este problema não foi restrito à gestão municipal de Fortaleza, tendo relação com os últimos retrocessos na política nacional de saúde mental e sendo destaque para organismos internacionais. No pós-pandemia, a saúde mental foi indicada como uma das maiores causas de morbimortalidade nas Américas, mas que permanece com pouca priorização com alocação limitada e ineficiente de recursos na região (OPAS, 2023). Os atores indicaram a necessidade

de melhorar a infraestrutura dos serviços, investir mais na prevenção e promoção da saúde, defendendo melhorias na APS e ampliação das equipes dos CAPS¹⁴ para promoção do cuidado em saúde mental.

Apesar de os gestores não indicarem a adoção de uma prioridade à política de saúde mental, referem um pacote de investimentos na saúde que a contemplaria. A proposta é de que até o final de 2024 sejam construídas 16 novas UAPS, reformadas 96 UAPS e requalificadas outras oito unidades, construídos quatro CAPS (dois infanto-juvenis e dois gerais), reestruturadas seis UPAs gerenciadas pelo Município, implantadas nove farmácias polo e o chamados médicos para compor a APS.

A Organização Panamericana de Saúde propõe aos governos uma ação estratégica de construir liderança, governança e parcerias multissetoriais e integração da saúde mental em todas as políticas. Defende a saúde mental como prioridade de desenvolvimento nacional e mobiliza fortes parcerias multissetoriais, com esforços para garantir a alocação ideal e equitativa de recursos (financeiros e humanos), com abordagem intersetorial para garantir uma resposta adequada à magnitude das necessidades de saúde mental exacerbadas pela pandemia de COVID-19 e para apoiar as populações durante a fase de recuperação (OPAS, 2023).

Além disso, foi indicada por gestores a necessidade de implantação de novos serviços para tapar a lacuna de usuários que não são assistidos devidamente nem pelos CAPS, nem pelas UAPS. Sobre isso, é necessário considerar que gestores mencionaram a necessidade de suporte rápido e eficiente aos trabalhadores da APS, se aproximando mais de uma assessoria especializada do que de apoio assistencial e pedagógico permanente, compartilhando responsabilidades e construindo coletivamente o cuidado em saúde. Indicaram a inserção do teleatendimento¹⁵ com psiquiatras e psicólogos na APS e de “equipes matriciadoras volantes”

¹⁴ Após a realização das entrevistas pudemos acompanhar algumas convocações da Prefeitura de Fortaleza de profissionais da RAPS, conforme concurso público regulamentado pelo edital nº 77/2018. Em julho de 2023, através do edital de convocação nº 53/2023, foram chamados 63 profissionais para compor a RAPS de Fortaleza, destes foram 14 assistentes sociais, 20 enfermeiros, 11 psicólogos e 18 terapeutas ocupacionais. Em dezembro do mesmo ano, através do edital de convocação nº 84/2023, foram chamados três profissionais (um enfermeiro e dois terapeutas ocupacionais).

¹⁵ Durante o desenvolvimento deste trabalho foi anunciado em julho de 2023, pela Prefeitura de Fortaleza, a disponibilização da primeira etapa da telemedicina no SUS, com a implantação da telemedicina no SUS da capital, visando que o recurso tecnológico contribua para qualificação e redução de filas para consultas com médicos especialistas, através da troca de informações entre o médico das UAPS e um médico especialista para esclarecimento de dúvidas clínicas dos pacientes. Uma segunda etapa da telemedicina, prevista para dois meses após o anúncio, previu a teleconsulta, em que os usuários do SUS terão acesso a uma consulta com médico especialista, de forma virtual, por meio do computador ou celular (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2023a). Em outubro do mesmo ano, a gestão municipal anunciou a expansão da teleconsulta para profissionais de psicologia e nutrição, destacando que os usuários que não têm acesso à internet poderão contar com o suporte de seis UAPS, um em cada CORES. Para ter acesso à Teleconsulta, o usuário deve passar por consulta médica nas UAPS e receber encaminhamento para o especialista. Então, a Central de Regulação do Município realizará o agendamento para o

no componente especializado, através da Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM/AMENT)¹⁶:

A expansão do trabalho em saúde através do uso de tecnologias digitais de informação e comunicação foi um legado indiscutível da pandemia no acesso de usuários para organizar fluxos de atendimento, informatizar e formar profissionais articulando diferentes instituições da saúde e educação e promover o trabalho que não poderia ser feito presencialmente (Duarte *et al*, 2021; Furtado; Chioro, 2021). Entretanto, destaca-se que a incorporação do teleatendimento deve ter caráter estratégico e complementar, em relação ao conjunto de atividades presenciais, pois na medida em que é colocado como estruturante, pode criar uma ideia de equivalência do trabalho realizado presencialmente, mascarando prejuízos ao cuidado dos sujeitos diante de ganhos na viabilização do acesso ao cuidado virtual (redução de custos e otimização de fluxos). Assim, é relevante que gestores e trabalhadores evitem que essas estratégias sejam utilizadas para fins de atendimento centralizado na abordagem individual, medicamentosa e desconfigurada do território e da responsabilidade sanitária, se desvinculando ainda mais da atenção psicossocial e dos atributos concernentes à ESF (Fonseca; Morosini, 2021; Mattos; Gutierrez, 2023).

É importante salientar também que, após o período das entrevistas, em maio de 2023, em um contexto de mudança de comando do governo federal houve um compromisso do governo Lula na definição de uma agenda de fortalecimento e consolidação do SUS (Bispo Júnior; Almeida, 2023). Dentre as ações já realizadas, destacam-se a revogação da Portaria nº 3.588/2017 e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, extinguindo, dentre eles, as eMAESM. Essas equipes vinham sendo apresentadas na literatura com receio para a estrutura da RAPS territorial, indicando que a portaria não incorporava a equipe a um equipamento psicossocial de referência, mas sim à hospitais gerais, psiquiátricos e ambulatoriais, oferecendo custeio superior à de um CAPS tipo I (Lima *et al.*, 2023). Essas equipes, criadas em um contexto de contrarreforma da política de saúde mental, incorporaram resquícios de uma configuração ambulatorial e desterritorializada, na contramão da perspectiva do trabalho comunitário e territorial (Weber, 2021).

atendimento virtual. Na data e horário marcado para a consulta, o usuário pode ir ao posto para realizar seu atendimento virtual (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2023b).

¹⁶ A Portaria 3588/2017 instituiu na RAPS a Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, como estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados. A organização é proposta a partir do encaminhamento da atenção básica e integrada a todos os dispositivos da RAPS, com assistência multidisciplinar, com as equipes devendo ser vinculadas a unidades ambulatoriais especializadas (BRASIL, 2017).

Além disso, foi definida a Portaria nº 635/2023, instituindo, definindo e criando incentivos financeiros pelo Ministério da Saúde para implantação de modalidades de equipes multiprofissionais na APS (eMULT), como nova proposta de interprofissionalidade que substitui os NASF-AB. Retoma-se o investimento federal nessas equipes e o direcionamento de atender as demandas das pessoas e dos territórios com corresponsabilidade, articulação intersetorial e com a RAS, com diferentes áreas de conhecimento envolvidas (12 profissões) e com um rol amplo de atividades, resgatando o apoio matricial como atividade formalmente prevista (Bispo Júnior; Almeida, 2023). Assim, destacamos que essa modalidade de equipe pode ser considerada para atender critérios de fortalecimento da APS no campo da saúde mental.

Propõe-se, assim, a prestação de serviços de saúde mental e uso de substâncias na comunidade como modelo ideal de atendimento, visando desenvolver e expandir redes de diversos serviços de base comunitária que prestam cuidados acessíveis e contínuos em todos os níveis, e que estejam totalmente integrados aos sistemas de saúde, sendo essenciais para avançar na desinstitucionalização e criarem sistemas de saúde mental mais resilientes e responsivos (OPAS, 2023).

Tanto os CAPS quanto as UAPS são pensadas para desenvolver um acompanhamento integral e longitudinal, com corresponsabilização na definição de projetos terapêuticos dos usuários (Santos; Bosi, 2021), mas chama-se atenção de que, se não for tomado o devido cuidado, a situação agravada com a pandemia, pode permanecer como padrão de atendimento de serviços territoriais. Assim, destaca-se a preocupação de parte dos atores desta pesquisa com a necessidade de rompimento do trabalho em saúde mental como uma atividade de “apagar incêndio”:

Então, eu espero que agora a gente comece a alinhar e comece a trabalhar realmente, organizadamente, sem apagar o fogo. Detesto esses momentos assim que “tem que fazer isso”, apagar fogo. Claro, uma pandemia, a gente realmente tem que apagar o fogo e a gente tem que estar preparado para isso. Mas serviu de grandes lições a pandemia, sabe? [...] Eu espero que agora se organize e a gente comece a trabalhar realmente em redes, né? Que é muito importante a gente trabalhar um complementando o outro, um colaborando com o outro, porque um precisa do outro (Gestor RAPS 6).

Nós, como CAPS, como Unidade Básica de Saúde, a gente está aqui para pensar em projetos terapêuticos, de acompanhar de perto, de uma forma longitudinal, os nossos usuários e não ficar apagando incêndios. E aí, pra isso, eu acho que a gente vinha dando passos para a gente pensar nessa rede mais articulada, nessa rede mais, vamos dizer assim, mais intencionada em fazer projetos terapêuticos de forma co responsabilizada. E aí, a gente está voltando de novo a tentar apagar incêndio, a ficar apagando incêndio. [...] Então, o foco tem que ser o usuário. E para o usuário, ele precisa de demandas, de intervenções de saúde que sejam mais longitudinais, que sejam mais duradouras, que sejam mais articuladas, que haja efetivamente uma

corresponsabilização pelo cuidado e um projeto terapêutico para ele, para ele e para a família dele. Que isso, sim, é cuidado (Trabalhador CAPS 5).

A desarticulação da RAPS é um problema crônico que se expressa na fragmentação do cuidado, despreparo dos profissionais para atuação em rede e reforço do modelo biomédico-psiquiátrico, escassez de estratégias interprofissionais e intersetoriais e desresponsabilização de outros componentes da RAPS do papel com a atenção psicossocial. Essa fragmentação aumenta o risco de práticas com foco na medicalização e controle dos corpos, afastando-se da promoção de autonomia dos usuários (Silvano *et al.*, 2022). Este é o cenário identificado em Fortaleza, com a permanência de similaridades e descompassos no modelo de atenção psicossocial territorial: predomina a intencionalidade de efetiva implantação do modelo, mas persistem contradições e obstáculos para sua efetivação integral, que perpassam o âmbito da gestão, da atenção e da ausência de condições materiais e técnicas de trabalho (Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016).

Assim, a pandemia é tida como potencial analisador da instituição, como modelo de atenção psicossocial atribuído aos dispositivos territoriais e base para questionar o lugar da saúde mental na sociedade a partir de relações de poder e práticas instituídas (Silvano *et al.*, 2022). Pois, parece-nos que, em tempos de crise, as práticas tradicionais e biomédicas na abordagem de doenças ganharam força no cenário de organização e práticas de saúde (Medina *et al.*, 2020), uma vez que os valores manicomial não são totalmente desconstruídos e substituídos, permanecendo, se transformando e se atualizando com mais força, principalmente em contextos de crise política, socioeconômica e sanitária, tal qual enfrentamos na pandemia de Covid-19 (Lima; Oliveira; Carvalho, 2021).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que desafios da RAPS para efetivação de dimensões relevantes da rede de saúde já integravam o cenário de Fortaleza antes da emergência sanitária. Mas a pandemia de Covid-19 trouxe repercussões importantes aos serviços de saúde mental pesquisados, que valem a pena serem elencados tendo em vista a reflexão da política de saúde mental em contexto de emergências.

Notamos que aspectos de conectividade e integração entre os dispositivos das UAPS e CAPS já apresentavam problemas para efetivação de responsabilidades para garantir continuidade e complementaridade das ações de saúde, apresentando uma realidade de encapsulamento da saúde mental. Lidar com a complexidade no campo da saúde mental enfrenta barreiras na ausência de equipes multiprofissionais na APS, com o fim da indução financeira do governo federal das equipes NASF e inconstância do matriciamento em saúde mental, gerando uma assistência medicamentosa, individualizada e afastada do território. Quando nos desaparamos com o cenário pandêmico, percebemos agravamento do tensionamento entre o modo asilar e modo psicossocial na condução de respostas as repercussões sociais, econômicas e políticas, evidenciado na intensificação de práticas centralizadas na medicação, na restrição do diálogo e articulação entre APS e CAPS.

Por consequência, problematizamos as lacunas de investimentos, apoio e redirecionamentos aos dispositivos da RAPS durante a conjuntura de emergência, centralizando o atendimento e organização na Covid-19; fragmentação da saúde com triagem de demandas com foco em questões clínicas e atendimento de urgência a outras condições de saúde, com pouco espaço para levantamento de demandas amplas dos usuários e acompanhamento longitudinal; e intervenção terapêutica aos usuários garantindo o mínimo (entendido como medicação) para evitar agravos e crises. Foi notável o aumento de frequência e gravidade de problemas de saúde mental da população dos territórios pesquisados, assim como da sobrecarga dos serviços. Entende-se que a falta de apoio do Governo federal e mudanças na política nacional de saúde mental incidiram diretamente no âmbito local da assistência em saúde mental. O formato de atendimento escolhido não endereçou aspectos essenciais na perspectiva psicossocial, dentro de uma proposta individualizante e medicamentosa de assistência.

Entretanto, reconhecemos que mudanças e estratégias foram necessárias para gestores e trabalhadores lidarem com a readequação dos fluxos e do trabalho no cenário adverso, trazendo potencialidades na garantir de serviços abertos para atendimento à população,

viabilizando suporte à crise e permanência de fornecimento da medicação, bem como, identificamos possibilidades tímidas, mas ainda potencializadoras, de manutenção do vínculo.

Pontos importantes podem ser destacados no estudo, como aprendizados para atuação em saúde mental durante um período pandêmico: necessidade de maior proximidade e articulação entre os gestores e trabalhadores dos serviços da RAPS para lidar com as repercussões de uma pandemia tendo em vista necessidades amplas da população e das equipes de saúde; formação/educação permanente de gestores e profissionais para lidar com epidemias (para todos envolvidos com área da saúde); fortalecimento de tecnologias leves na condução de casos que precisem de suporte em saúde mental; cuidado em saúde mental aos trabalhadores que estão diretamente na linha de frente e que integram a RAPS; necessidade de estruturação de atendimentos de saúde mental em ambientes que garantam sigilo e escuta qualificada; bem como, a qualificação profissional para escuta breve, focal e empática.

Além disso, houve uma ampliação do uso de ferramentas de tecnologia de informação e comunicação, porém sua adoção não foi generalizada e enfrentou limites de escopo importantes: na APS, não foram citadas como ferramentas dos trabalhadores das UAPS pesquisadas; no CAPS Geral, foram utilizadas para suporte a usuários em crise ou já acompanhados no atendimento psicológico, mas com falta de investimento em material e estrutura pela gestão municipal; e na articulação da rede, os instrumentos viabilizaram o repasse de informações, mas sem garantir diálogo entre as equipes para suporte e participação nas mudanças e estratégias definidas na conjuntura. Assim, destacamos também a importância da utilização das tecnologias de informação e comunicação entre profissionais, trabalhadores, gestores e usuários para articulação/comunicação entre serviços e equipes, contato e monitoramento dos usuários e suporte as demandas de saúde mental.

A saúde mental não deve ser reduzida aos atendimentos em consultórios ou prescrição de medicação. Ela se faz no território e no coletivo com o apoio de outros equipamentos comunitários. A pandemia de Covid-19 apresentou um cenário manicomial, de isolamento, de foco na doença, na restrição de serviços. Assim como a Reforma Psiquiátrica propõe um novo modelo e um novo olhar para a saúde mental, é imperativo que no pós-pandemia resgatemos a luta pelo cuidado em liberdade por meio de ações amplas e articuladas em rede.

A restrição na atenção psicossocial nos serviços é resultado de uma situação de crise política, social e de saúde em que os atores desta pesquisa estavam imersos. Propõe-se estimular a reflexão de como o modelo de atenção psicossocial ainda não está efetivado plenamente, permanecendo o tensionamento com o paradigma asilar no plano macro e micro da sociedade,

alinhado a retrocessos recentes na política e dificuldades na reformulação do lugar social para a pessoa em sofrimento psíquico. O cenário de crise provocado pela pandemia de Covid-19 representou uma atualização da conjuntura de crises já existentes. Reconstituir ou reestruturar as redes e formatos de cuidados sem considerar problemas que interferem na efetivação do modo psicossocial significa manter o modo asilar e uma estrutura que se retroalimenta do adoecimento das pessoas.

É de extrema relevância considerar a saúde mental nos planos de contingência em situações de emergência, garantindo o suporte rápido à população e aos trabalhadores da saúde, bem como, articulação com outras políticas e setores que garantam atendimento integral às necessidades e corresponsabilidade no cuidado. Consideramos essencial traçar planos/ações longitudinais para lidar com consequências de médio a longo prazo.

Acreditamos que esta pesquisa possui algumas limitações que devem ser consideradas em estudos posteriores. A primeira delas tem relação a partir do desenho e escolha dos participantes pesquisados, sendo realizado em alguns serviços da RAPS de Fortaleza, o que impossibilita generalizações dos resultados obtidos, considerando o cenário heterogêneo da pandemia de Covid-19 no Brasil. Entretanto, os aspectos encontrados na pesquisa podem incidir na realidade de outros dispositivos, em outros territórios e localidades, oferecendo relevância nos estudos de repercussões da pandemia de Covid-19 na RAPS.

Uma segunda limitação refere-se à ausência da perspectiva dos beneficiários dos serviços, usuários e familiares para aprofundamento da análise do acesso e das barreiras encontradas durante a pandemia. Destacamos que, inicialmente, esses atores foram apontados na elaboração do projeto como público alvo da pesquisa, juntamente com gestores e trabalhadores, mas diante do volume e tempo disponível para a finalização da pesquisa foi necessário reduzir o escopo do trabalho.

Assim, no cenário da RAPS no pós-pandemia, defendemos uma reconstrução da atenção psicossocial como modelo de investimento da gestão e das práticas dos trabalhadores, indissociando a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde. Indicamos a necessidade urgente de fortalecimento de ações em saúde mental nos serviços territoriais, com a reformulação das estratégias utilizadas para o cuidado, em busca de uma problematização de modelos manicomialmente hegemônicos que permeiam políticas, serviços e práticas para a (re)construção e efetivação do modelo de atenção psicossocial.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. V. de; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00208720, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YnJk6W34PYN9G5jp39kzCdy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr, 2023.
- ALMEIDA, P. F. de. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 244–260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/>. Acesso em: 15 jun, 2023.
- AMARAL, C. E. M. *et al.* Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**. v. 22, n. 66, p. 801-12, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/5Wvtf6NxPwBRb6BpBp5jBF/?lang=pt>. Acesso: 20 dez, 2022.
- AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**. v. 26, n. 2, pp. 424-434, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JLpLfQM9D68FZpwn8cQvD6L/?lang=pt>. Acesso: 01 mai, 2022.
- AMARAL, C. E. M.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Redes de Saúde Mental de quatro grandes municípios brasileiros: investigando atenção primária à saúde, CAPS e atenção à crise. *In*: CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S.; FERNANDES, J. A. **Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.
- AMARANTE, P. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de Reforma Psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**. Rio de Janeiro: CAPES, 2020. Online. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42940>. Acesso em: 21 out. 2021.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6., p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 15 abr, 2022.
- ANDRADE, M. M *et al.* Ensaio sobre crise(s), saúde mental e contexto soteropolitano na pandemia de Covid-19. *In*: LIMA, M. *et al.* **Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19**. Salvador: EDUFBA, 2021, p. 506. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/35225>. Acesso em: 06 ago, 2023.

ARAÚJO, C. E. L. **Decisões políticas e mudanças limitadas na saúde**. 1º ed. [S.L.] Hucitec, 2020.

ARAÚJO, I. S.; CORDEIRO, R. A. A pandemíia e o pandemônio: Covid-19, desigualdade e direito à comunicação. **Chasqui Rev Latinoam Comum**, v. 1, n. 145, p. 215-34. 2020. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718837> Acesso em: 05 jan, 2024.

ASSIS, M. M. A; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. *In*: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. [org.]. **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS**. Online, 2015. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nota-publica-cgmadms/>. Acesso em: 04 jul, 2022.

BANDEIRA, N.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Itinerários terapêuticos para o estudo de serviços de saúde mental. *In*: CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S.; FERNANDES, J. A. **Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

BARROS, M. M. M. A. de; JORGE, M. S. B. **Concepções e práticas de atenção à saúde mental: o discurso do sujeito coletivo**. Fortaleza: EDUECE, 2011.

BASTOS, E. N. E.; JORGE, M. S. B. **Modelos de Atenção em Saúde Mental: caminhos para o alívio da dor mental?** Fortaleza: EDUECE, 2013.

BENEDITO, G. A. **Impactos da pandemia de Covid-19 no CAPS: um ensaio sobre a precarização do trabalho na atenção psicossocial**. 2022. Trabalho de conclusão de curso (Psicologia) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristovão, 2022. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/16315>. Acesso em: 10 fev, 2024.

BERNIERE, J. *et al.* Fragilidades no cuidado em saúde mental: percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv10i12.20456>. Acesso em 22 jan, 2024.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. e00120123, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Vc9wbm9xLKqTKRScJwBym5d/?lang=pt>. Acesso em: 13 dez, 2023.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00119021, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/LVBpYxSZ7XbdXKm74TPPmzR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez, 2023.

BRASIL. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 jun, 2022.

BRASIL. Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010. Disponível em:

https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/bvsms-saude-gov-br-bvs-saudelegis-gm-2010-prt4279_30_12_2010-html.pdf. Acesso em: 13 fev, 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 11 jan, 2022.

BRASIL. Portaria nº 3088, 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 03 abr, 2022.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. v.34 – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf. Acesso em: 10 jul, 2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 03/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 15 mar, 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.** Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 2020a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/113979.htm. Acesso em: 25 mar, 2022.

BRASIL. **Portaria nº 356, de 11 de março de 2020.** Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20regulamenta%20o,coronav%C3%ADrus%20\(COVID%2D19\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20356-20-MS.htm#:~:text=1%C2%BA%20Esta%20Portaria%20regulamenta%20o,coronav%C3%ADrus%20(COVID%2D19)). Acesso em: 25 mar, 2022.

BRASIL. **Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf. Acesso em: 17 mar, 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 913, de 22 de abril de 2022.** Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria-913-22-ms.htm. Acesso em: 30 abr, 2022.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: NETTO, J. P. *et al.* (org.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

CABRAL, K. V. Módulo 1: O momento de sindemia. 2022. In: CABRAL, K. V. **Curso Nacional de Saúde Mental e atenção psicossocial na COVID-19.** Brasília: FIOCRUZ, p. 1-29, 2022. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/07/Cartilha-01_Curso-Saude-Mental-Fiocruz_Modulo-1_.pdf. Acesso em: 25 ago, 2022.

CAMINHA, E. C. C. R.; JORGE, M. S. B.; LINARD, C. F. B. M. As faces do cuidado em saúde mental na rede de atenção psicossocial: do acolhimento à desresponsabilização. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.33448/rsd->

v10i10.19046. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/19046/16957>. Acesso em: 10 out, 2023.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 2101–2108, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ppXdx8LHmndvZKXyC3dbKdQ/>. Acesso em: 12 jul, 2022.

CAMPOS, G. W. DE S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393–403, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BLy9snvLVLbQRcZCzgFGyyD/>. Acesso em: 10 mar, 2024.

CARDOSO, P. S. P. O acolhimento na rede de atenção psicossocial: conceito e importância. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. Macapá: AP, v. 4, n. 1, p. 47-53, 2021. ISSN 2595-4407. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/493>. Acesso em: 17 dez, 2023.

CARLOTTO, P. A. C.; DELBEN, P. B. Fatores de risco e protetivos à saúde mental nas pandemias. In: SILVA, C. D. da; CARVALHO, R. V. C. de; ARIÑO, D. O. (org.). **Atenção à Saúde mental nas pandemias: perspectivas e estratégias**. 1º ed. Belo Horizonte: Ampla, 2020.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 1177–1186, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/DdWJGmS59ZWHTm59sXvsVCG/>. Acesso em: 01 nov, 2023.

CARVALHO, D. S.; NASCIMENTO, E. P. L. **Relatório técnico de dimensionamento da força de trabalho para saúde do município de Fortaleza CE**. 2020. ISBN 978-65-00-11827-8. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1129579/dimensionamento-da-forca-de-trabalho-fortaleza.pdf>. Acesso em 19 jan. 2024.

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

CASTRO *et al.* A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 32, supl. 2, 2023.

CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 455–481, abr. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XpnFPRvjFG3GpdQRLKHnBGF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jul, 2023.

CASTRO, C. P. de; CAMPOS, G. W. de S.; FERNANDES, J. A. **Atenção primária e atenção especializada no SUS: análise das redes de cuidado em grandes cidades brasileiras**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

CEARÁ. **Lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 1993.

CEARÁ. **Plano Estadual de Saúde 2020 – 2023**. Ceará: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em:
https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2019/09/plano_estadual_saude_2020_2023.pdf. Acesso em: 05 jan, 2022.

CEARÁ. **Portaria nº 296 de 20 de março de 2020**. Dispõe sobre prazo de validade das prescrições e dispensação de medicamentos provenientes dos serviços de saúde estaduais e privados durante o período de situação de emergência em saúde no estado do Ceará. Diário oficial do Estado: Fortaleza, 2020.

CEDECA. **A política de saúde mental para crianças e adolescentes em Fortaleza: é sobre isso e não está tudo bem**. Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará. CEDECA, Ceará: Fortaleza, 2021. Disponível em:
<http://cedecaceara.org.br/wpcontent/uploads/2021/12/Monitoramento-Saude-Mental-CEDECA-Ceara.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2022.

CENSON, D.; BARCELOS, M. O papel do Estado na gestão da crise ocasionada pela COVID-19: visões distintas sobre federalismo e as relações entre União e municípios. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional G&DR**, v. 16, n. 4, p. 49-63, 2020. São Paulo: Taubaté. Disponível em:
<https://www.rbgdr.com.br/revista/index.php/rbgdr/article/view/5977/1015>. Acesso em: 01 jun. 2022.

CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. **Memória da Loucura: Itinerância da mostra em Fortaleza – CE**, 18 de novembro de 2003 a 18 de janeiro de 2004. Brasília: Ministério da Saúde Secretaria Executiva. 2004. Disponível em:
<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/pdf/Fortaleza.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. 2011. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em: 07 fev, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 040, de 18 de maio de 2020**. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com

necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020#:~:text=Recomenda%20a%20revis%C3%A3o%20da%20Nota,da%20pandemia%20pelo%20Covid%2D19>. Acesso em: 19 fev, 2022.

CONASS, CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3º ed. Brasília, 2020a.

COSTA, C. N. Práticas de cuidado em saúde mental a partir do projeto terapêutico singular. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, v. 22, n. 1, 2023. DOI: 10.36925/sanare.v22i1.1682. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1682>. Acesso em: 4 jun. 2024.

COSTA-ROSA, A. da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Loucura & Civilização Collection, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 141-168, 2000.

CRUZ, N. F. de O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso: 14 set. 2021.

CUNHA, I. de O. da; PRADO, M. F.; RESENDE, T. I. M. de. Saúde Mental na Atenção Primária: o apoio matricial e a clínica ampliada em tempos de covid-19. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 4, n. 18, 2023. DOI: 10.51723/hrj.v3i18.597. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/597>. Acesso em: 23 abr. 2024.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200203, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/>. Acesso em: 15 jan, 2022.

DELBEN, P. B., *et al.* Saúde mental em situação de emergência: Covid-19. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2 p. 18-2, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/38>. Acesso em: 08 mar. 2022.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 2004.

DIAS, J. A. A. *et al.* Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da COVID-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v.10. [online]. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3795>. Acesso em: 10 jan. 2022.

DIMENSTEIN, M.; SIMONI, A. C. R.; LONDERO, M. F. P. Encruzilhadas da Democracia e da Saúde Mental em Tempos de Pandemia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e242817, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/pNJGFN57Tbk7NzqT44Ddpvb/>. Acesso em: 17 abr, 2022.

DIMENSTEIN, M. *et al.* A saúde mental e atenção psicossocial: Regionalização e gestão do cuidado integral no SUS. **Saúde e Sociedade**. v. 9, n. 01, p. 70-85, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755334>. Acesso em: 14 dez. 2021.

DUARTE, N. *et al.* Estratégias de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, e176101119527, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354205485_Estrategias_de_promocao_da_saude_mental_na_atencao_primaria_a_saude_no_contexto_da_Covid-19_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 13 jan, 2022.

EGERLAND BUENO, P. Os desafios e as possibilidades em um dispositivo da rede de atenção psicossocial no contexto da pandemia mundial da COVID-19 e de desmonte do serviço público. **Psicologia da Saúde e Processos Clínicos**, v. 2, n. 1, 2021. ISSN 2525-3409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19527>. Acesso em: 18 out, 2023.

FARIAS, H. S. L.; TROTT, L. C.; VIOLA, B. M. O agente comunitário de saúde na Covid-19: análise dos planos de contingência da região Nordeste do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 21, p. e02163225, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/V45hTRmhr54PwLkCfTxvTq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 jan, 2024.

FERNANDES, C. J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 4. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>. Acesso em: 10 dez. 2021.

FERNANDES, C. J.; LIMA, A. F. de; OLIVEIRA, P. R. S. de. Internamento E(sca)ncarado: Coexistência da Internação Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial. **Semin., Ciênc. Soc. Hum.** Paraná: Londrina, v. 40, n. 1, p. 25-42, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167654432019000100003&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 17 abr. 2022.

FERNANDEZ, M. *et al.* Atuação da APS em tempos de crise: uma análise da discricionariedade dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 28, n. 12, p. 3563-3572, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xZjwFT7rYKyk5v4DsgcSfg/>. Acesso em: 05 jun, 2024.

FILHO, J. do A. *et al.* **Ceará 2050, juntos pensando o futuro**. Diagnóstico Consolidado:

Desenvolvimento do Ceará, entre 1987-2017. Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, 2018.

Disponível em: <https://www.ceara2050.ce.gov.br/>. Acesso em: 03 mai, 2022.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde

na APS integral. **APS em revista**, v. 3, n. 3, p. 210–223, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i3.218.

Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/218>. Acesso em: 29 abr. 2024.

FONSECA, R. P. O. *et al.* Da proximidade ao distanciamento social: desafios de sustentar a

lógica psicossocial em tempos de pandemia. **Health Residencies Journal**, v. 1, n. 1, 2020.

Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/21>. Acesso em: 19

abr, 2023.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em

pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24,

n. 1, pp. 17-27, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>.

Acesso em: 28 abr. 2022.

FORNERETO, A. P. N.; SOUSA D. F.; MARTINI, L. C. Educação Permanente em Saúde

como estratégia para trabalho colaborativo na Rede de Atenção Psicossocial. **Interface**

(**Botucatu**), v. 27, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220221>. Acesso em:

11 mar, 2024.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho

Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p.

FRANÇA, C. de J. *et al.* Características do trabalho do agente comunitário de saúde na

pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

28, n. 5, p. 1399–1412, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WSKfpRjSShhMGCp9VhwmKjQ/>. Acesso em: 20 mar, 2024.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Rev Tempus**

Actas Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012. Disponível em:

<https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/issue/view/95>. Acesso em: 22 nov, 2023.

FREITAS, C. M., PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. A resposta do Brasil à pandemia

de Covid-19 em um contexto de crise e desigualdades. *In*: MACHADO, C. V., PEREIRA, A.

M. M.; FREITAS, C. M. **Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia**: nove

países, muitas lições. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz; Editora Fiocruz, 2022,

pp. 295-322. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65- 5708-129-7.

Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557081594.0011>. Acesso em: 03 set, 2023.

FURTADO, L. A.; CHIORO, A. Desafios e invenções na produção do cuidado em tempos de pandemia. *In: LIMA, M. et al. Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19*. Salvador: EDUFBA, 2021.

GAMA, C. A. P. *et al.* Os profissionais da Atenção Primária à Saúde diante das demandas de Saúde Mental: perspectivas e desafios. **Interface (Botucatu)**, n. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200438>. Acesso em: 11 mai, 2022.

GARCIA, M. R.V *et al.* Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. **Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 20, n. 49, 2022. DOI: 10.12957/rep.2022.63525. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revistaempauta/article/view/63525>. Acesso em: 22 fev. 2024.

GASTALDO, D. Congruência epistemológica como critério fundamental do rigor na pesquisa qualitativa em saúde. *In: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 748–762, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlLz5prtrLwWLzNJzfQRY/>. Acesso em:

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/>. Acesso em: 06 jun, 2022.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária a Saúde. *IN: GIOVANELLA, L., et al. Políticas e sistemas de saúde no Brasil*, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, 1097 p. ISBN: 978-85-7541-349-4. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>. Acesso em: 13 de jan, 2022.

GOMES, M. P. C *et al.* Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: histórias de R. *In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In: MINAYO, M. C. de S. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GOYA, N. *et al.* Regionalização da saúde: (in)visibilidade e (i)materialidade da universalidade e integralidade em saúde no trânsito de institucionalidades. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 4. p. 902-919, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016161198>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. **Avaliação de Quarta Geração**. Tradução Beth Honorato. Campinas: Editora da UNICAMP, 2011.

GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. **Inovação em Gestão da Saúde Mental: incorporação de tecnologias e (re)invenção nos Centros de Atenção Psicossocial**. Fortaleza: EDUECE, 2016.

GULJOR, A. P.; AMARANTE, P. Redes de Atenção Psicossocial: desafios do cuidado em tempos de pandemia. In: AMARANTE, P. *et al.* (org.). **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020.

HENRIQUES, C. M. P.; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 25–44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/BWWTW6DL7CsVWyrqcMQYVkB/>. Acesso em: 10 fev, 2022.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383–393, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jk7v4HcTBCFjvj7vBXfFp6R/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan, 2024.

HOLMES, E.A., *et al.* Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **Lancet Psychiatry [Internet]**, n. 7 v. 6, p. 547-60, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30168-1). Acesso em: 04 nov, 2023.

HORTON, R. COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**, v. 396, n. 874, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)320006](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)320006). Acesso em: 30 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Ceará: Fortaleza, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 11 mar. 2022.

JORGE, M. S. B. *et al.* Cuidado em saúde mental e a sua articulação com a atenção primária: contexto histórico, conceitual e possibilidades de atenção. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, R. M. da; CATRIB, A. M. F. (org.) **A transversalidade epistemológica da saúde coletiva: saberes e práticas**. Fortaleza: EDUECE, 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Acesso em: 20 jan. 2022.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 615-634.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento social pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis**, v. 30, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300214>. Acesso em: 03 abr, 2022.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 29, n. 03, 2019a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290310>. Acesso em: 10 fev. 2022.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? **Saúde em Debate**. v. 43, n. 122, p. 883-896, 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912218>. Acesso em: 10 fev. 2022.

LIMA, F. A. C. de. *et al.* Digressões da Reforma Psiquiátrica brasileira na conformação da Nova Política de Saúde Mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33078, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/6spcqy4m7SfbN6RXTckYLjv/>. Acesso em: 30 jan, 2024.

LIMA, L. A. O uso de psicotrópicos na Atenção Primária: a medicalização na Estratégia Saúde da Família no contexto da Pandemia por COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 1, e29012138054, 2023. ISSN 2525-3409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.38054>. Acesso em: 25 fev, 2024.

LIMA, L. D. de, *et al.* Regionalização da Saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, L., et al.* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LIMA, M.; OLIVEIRA, C. L. C; CARVALHO, D. C. Matriciamento em saúde mental: um desafio anunciado e agravado na pandemia de Covid-19. *In: LIMA, M. et al.* (org.). **Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19**. Salvador: EDUFBA, 2021.

LOBOSQUE, A. M. Saúde mental: cuidado, convívio e luta em tempos de isolamento. *In: LIMA, M. et al.* **Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19**. Salvador: EDUFBA, 2021.

LÓSS, J. C. S. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde na linha de frente contra a Covid-19. **Revistar Transformar**, n. 14, edição especial “Covid-19: pesquisas, diálogos, transdisciplinaridades e perspectivas.” 2020. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/375>. Acesso em: 09 dez, 2023.

MACEDO, J. P. *et al.* A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017165827>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F.. Health policies in Brazil in times of contradiction: Paths and pitfalls in the construction of a universal system. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 20 out. 2021.

MACHADO, D. B. *et al.* COVID-19 e saúde mental: potenciais impactos e estratégias de atenção psicossocial. *In*: BARRETO, M. L. *et al.* (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, v. 02, 2020.

MALTERUD, K., SIERMA, V. D., GUASSORA, A. D. Sample size in qualitative interview studies. **Qual Health Res**, n. 26, v. 13, p. 1753-60, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>. Acesso em: 05 jan, 2024.

MARTINS, B. A. Mapeando sentidos: a construção da autonomia na reforma em saúde mental brasileira. *In*: PASSOS, R. G.; COSTA, R. de A.; SILVA, F. G. da (org.). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

MATTOS, M. P, PEREIRA, B.M., GOMES, D.R. Um ensaio sobre a cegueira: saúde mental na atenção básica e as disputas diante da pandemia da covid-19. **Saúde e Sociedade**, v. 31, n. 1. São Paulo, 2022. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200783>. Acesso em: 24 jan. 2024.

MATTOS, M. P. de; GUTIÉRREZ, A. C. Novas conformações do apoio matricial em tempos de pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3495–3506, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yqpDMkck3gjfb3pz98VddD/>. Acesso em: 10 jan, 2024.

MATTOS, M. P. de; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. DE S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LMK5hJxzTYsJHr5LzdBdtsK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan, 2024.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHnrPTcBb7Yy>. Acesso em: 11 fev, 2024.

MELO, B. D. *et al.* (org.). **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações para gestores**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 13 p.

MENDES, E. V. **O Lado Oculto de uma Pandemia: a Terceira Onda da Covid ou o Paciente Invisível**. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda-1.pdf>. Acesso em: 15 out, 2023.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENEZES, J. B. de; MENDES, V. C. **Saúde Mental e Autonomia: O controle do Ministério Público e das CRIPIS nas Internações Psiquiátricas Involuntárias no município de Fortaleza**. In: CEARÁ. Pesquisa para o SUS no Ceará: Coletânea de Artigos do PPSUS. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2016.

MINAYO, M. C. de S. Introdução - Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In.: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**. 8º ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2007. 406 p.

MINAYO, M. C. de S. Pesquisa Social, teoria, método e criatividade. Ed. Vozes. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica nº 11/2019 -CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2015. 48p. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

MOREIRA, D. de J.; BOSI, M. L. M.. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 02, 2019. Epub, ISSN 1809-4481. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290205>. Acesso em: 11 jan. 2023.

MOREIRA, M. I. B.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 462–474, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PkZqTgktdvt6R4wJT6PqTqR/>. Acesso em: 07 jan, 2024.

MOREIRA, S. V. Análise documental como método e como técnica. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.

NABUCO, G.; PIRES DE OLIVEIRA, M. H. P; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 03 jan. 2022.

NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2020.

NOBRE, V.; PEREIRA, J.; FARIA, M. **Como Evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro ao programa?** Nota técnica nº31 de 04 de setembro de 2023. Instituto de Estudos para as Políticas de Saúde. Disponível em: <https://ieps.org.br/nota-tecnica-31/>. Acesso em fev. 2024.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 26, n. 4, p. 1213-1232, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>. Acesso em: 22 abr. 2022.

OLIVEIRA, D. S. de, *et al.* COVID-19: do enfrentamento ao fortalecimento de estratégias em saúde mental - Revisão narrativa. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 4, p. 41 – 61, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i4.34>. Acesso em: 10 jan. 2022.

OLIVEIRA, E.; SZAPIRO, A. Porque a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 3, p. 15–20, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBbTXqFD5grtZ953Cy7xBsm/>. Acesso em:

OLIVEIRA, E.F.A. A Saúde Mental no Planejamento da Política de Saúde Brasileira. **SER Social**. Crise, fluxos migratórios e políticas sociais. Brasília, v. 23, n. 49, p. 473-495, 2021. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/31929. Acesso em: 12 fev. 2022.

OLIVEIRA, G. S. de. *et al.* Mental Health in the progress of the COVID-19 Pandemic: Conceptions of Primary Health Care workers. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e9449109339, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.9339. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9339>. Acesso em: 26 jan. 2024.

OLIVEIRA, V. E. de; FERNANDEZ, M. Política de Saúde no governo Bolsonaro: desmonte e negacionismo. *In*: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M. (org.). **Governo**

Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política. 1º ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Mental health in Brazil: strides, setbacks, and challenges.

Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 11, p. e00156119, 2019. DOI 10.1590/0102-311x00156119. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/LKMxbhKYbPHqP8snJjHwsLQ/?lang=en> . Acesso em: 10 jan, 2024.

OPAS. **Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19.**

2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51996/OPASBRACOV1920040_por.pdf.

Acesso em: 10 out. 2021.

OPAS. **Impacto de la COVID-19 en los servicios para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas en la Región de las Américas:** Resultados de una evaluación rápida. 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55389>. Acesso em: 10 out. 2021.

OPAS. **Política para melhorar a saúde mental.** Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/politica-para-melhorar-saude-mental>. Acesso em: 15 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** Genebra, 11 de março de 2020. Disponível em:

<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic#:~:text=11%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020,agora%20caracterizada%20como%20uma%20pandemia>.

Acesso em: 20 jun, 2022.

ORNELL, F. *et al.* Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Debates em Psiquiatria [Internet]**, v. 10, n. 2, p. 12, 2020. Disponível em:

<https://revistardp.org.br/revista/article/view/35>. Acesso em: 22 jan. 2022.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista de saúde Pública**, v. 32, p. 299-316, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Saúde coletiva:** teoria e prática. MedBook, 2023.

PEREIRA SOARES, A. *et al.* As repercussões da Covid-19 no trabalho em saúde mental e na saúde do trabalhador. **Trabalho (En)Cena**, v. 7, p. e022024, 2022. DOI 10.20873/2526-1487e022024. Disponível em:

<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/14063>. Acesso em: 22 mai. 2024.

PEREIRA, M. E. C. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. **Physis: Revista**

de **Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1035–1052, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/pFvkCC4j98w5vmYvJJ4tCxm/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 jan, 2024.

PEREIRA, S. L. B. A política de saúde mental brasileira em tempos neoliberais: projetos em disputa. **Sociedade em Debate**, v. 26, n. 1, p. 72–87, 2020. Disponível em: <https://rle.ucpel.tche.br/rsd/article/view/2249>. Acesso: 20 nov. 2021.

PINHO, K. L. R.; PINHO, L. Pandemia: as prioridades da contrarreforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. *et al.* (org.). **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 6, 2019. Disponível em: <https://vlex.com.br/vid/violencia-da-contrarreforma-psiquiatica-798242405>. Acesso: 17 fev. 2022.

PONTES, P. A. R.; FRAGA, M. de N. de O. Reforma psiquiátrica no Ceará: Descrição de um caso. **Rev. latino-am. enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, número especial, p. 45-50, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/mvjxTRJh4VvZNC6xnxL9jRs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus SARS-CoV-2. Versão 14.0. Atualização:05/10/2020. Fortaleza, 2020a.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Plano de contingência da rede de atenção psicossocial de fortaleza - RAPS: Covid-19. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2020b.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Canal Saúde: saúde mental. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2022a. Disponível em: <https://saude.fortaleza.ce.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 30 ago. 2022.

PREFEITURA DE FORTALEZA. **Sala de situação em saúde: novo coronavírus (COVID-19)**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2022b. Disponível em: <https://salasituacao.sms.fortaleza.ce.gov.br/salasituacao/dashboard/shows?tela=1#>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Núcleo de desenvolvimento infantil auxilia crianças na primeira infância**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/nucleo-de-desenvolvimento-infantil-auxilia-criancas-na-primeira-infancia>. Acesso em: 29 ago. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Prefeito Sarto lança telemedicina na rede pública de Fortaleza; entenda como será a implantação.** Fortaleza, 2023a. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeito-sarto-lanca-telemedicina-na-rede-publica-de-fortaleza-entenda-como-sera-a-implantacao>. Acesso em: 28 fev, 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Prefeitura de Fortaleza lança teleconsulta para especialidades de psicologia e nutrição.** Fortaleza, 2023b. Disponível em: <https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeitura-de-fortaleza-lanca-teleconsulta-para-especialidades-de-psicologia-e-nutricao>. Acesso em: 28 fev, 2024.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535–1547, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/L9VS9vQGQtzPTpyZztf4cJc/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde Mental em Fortaleza, CE. **Saúde em Debate**, v. 34, n. 84, p. 137-147, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341770016>. Acesso em: 12 abr. 2022.

REDE COVIDA. **Boletim Covida: pandemia de covid-19** - A saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Rede Covida, ciência, informação e solidariedade, v. 5. s/e. 2020. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/boletim-covid-a-n-5-saude-trabalhadores-saude-enfrentamento-pandemia-covid-19>. Acesso em: 17 mai, 2023.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. de L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1799-1808, 2020. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>. Acesso em: 20 fev. 2024.

ROSA-CÓMITRE, A. C. D. *et al.* Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 12, p. 3553-3562, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6zDkhSJM9jNmV4RMG8hNhCj/>. Acesso em: 22 fev, 2024.

SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de atenção integral à saúde mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. Sanare: **Revista de Políticas Públicas de Sobral/CE**. Ceará: Sobral, v. 6, n. 2, p. 7-25, 2005-2007. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Rede_de_atencao_integral_a_saude_mental_de_Sobral_CE_planejamento_supervisao_e_reflexoes_criticas/291. Acesso em: 20 mar. 2022.

SAMPAIO, J. J. C.; FILHO, C. G. **Saúde mental: política, trabalho e cuidado**. 1º ed. Fortaleza: EDUECE, 2015.

SAMPAIO, J. J. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; CARNEIRO, C.; FILHO, C. G. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300017>. Acesso em: 23 jan. 2022.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SANTOS, B. O. **Fórum cearense da luta antimanicomial**: sua história a partir das narrativas de militantes. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2018. 139p. ISBN 978-85-7485-341-3. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/36553>. Acesso em: 08 jun. 2022.

SANTOS, M. O. S. dos. *et al.* Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 1, p. e200785, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sRZcRPfpNtT8xTxKfF4Q6WS/>. Acesso em: 02 fev, 2024.

SANTOS, R. C. dos.; BOSI, M. L. M. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da estratégia saúde da família no nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1739–1748, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/smZzDbKRH67VRrbYjsXMmPP/>. Acesso em: 28 dez, 2023.

SAPS. **Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 7ª ed., 2020a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 20 abr, 2022.

SAPS. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2ª ed., 2020b. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/20200403_recomendacoes_ACS_COVID19_ver002_final_b.pdf. Acesso em: 23 abr, 2022.

SAPS. **Nota técnica N°12/2020-CGMAD/ DAPES/ SAPS/ MS**. Recomendações à rede de atenção psicossocial sobre estratégias de organização no contexto da infecção da covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020c. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/notatecnica122020CGMADDAPESSAPSMS02abr2020COVID-19.pdf.pdf>. Acesso em: 25 abr, 2022.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia**, v. 37, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SECOVID. **Nota técnica Nº 31/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Orientações preliminares sobre "condições pós covid". Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria Extraordinária de enfrentamento à Covid-19, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA. Plano Municipal de Saúde 2022 -2025. Ceará: Fortaleza, 2022.

SEIXAS, C. T. *et al.* A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. 1, p. e200379, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqrwmbMNTTtmpxth/>. Acesso em: 03 jan, 2024.

SESA. **Nota Técnica 01/2020 COPOM/SEPOS/SESA**. Orientações à RAPS sobre o COVID 19. Versão revisada. Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA). Fortaleza: Secretaria Executiva de Políticas de Saúde (SEPOS). Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, álcool e outras drogas (COPOM), 2020a. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/NT-01_2020-COPOM-SESA-Revisada-16_04_2020.pptx.pdf. Acesso em 12 out. 2021.

SESA. **Nota Técnica 04/2020 COPOM/SEPOS/SESA**. Orientações aos Serviços da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS no Ceará na flexibilização das atividades não essenciais. Fortaleza: Coordenadoria de Políticas em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/Secretaria Executiva de Políticas de Saúde Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/project/nota-tecnica-traz-orientacoes-aos-servicos-da-rede-de-atencao-psicossocial-na-flexibilizacao-das-atividades-nao-essenciais/>. Acesso em: 12 out. 2021.

SILVA, L. A. C; SOUZA, Y. R. S; PAULO, J. L. A. O acesso de pessoas com transtornos mentais aos serviços de saúde em tempos de pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e59111326891, 2022. ISSN 2525-3409. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26891>. Acesso em: 27 ago, 2023.

SILVA, M. D. **O processo de contrarreforma na política de saúde mental: análise das tendências no governo de Michel Temer**. 2019. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2019. Disponível em: <http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/tede/3575>. Acesso em: 25 mai, 2022.

SILVANO, A. D., *et al.* Centro de Atenção Psicossocial: cotidiano de trabalho e articulação com a rede na pandemia. **Rev Rene.**, v. 23, p. e71660, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222371660>. Acesso em: 03 jul, 2023.

SILVEIRA, C. B.; COSTA, L. S. P.; JORGE, M. S. B. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 61-70, 2018. DOI 10.19131/rpesm.0203. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n19/n19a08.pdf>. Acesso em:22 jun, 2022.

SOARES, H. L. R. **Barreiras de Acesso aos usuários de álcool e outras drogas aos CAPS: revisão da literatura**. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52858>. Acesso em: 01 ago, 2023.

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana De Enfermagem**, v. 2, n. 25, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v25i2.5252>. Acesso em: 01 mai. 2022.

TAUSCH, A. *et al.* Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 5, p. 100118, 2022. DOI 10.1016/j.lana.2021.100118. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X21001149>. Acesso em 14 abr. 2022.

TREICHEL, C. A. S.; CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 23, p. e180617, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/Interface.180617>. Acesso em: 09 set, 2023.

TREVISAN, K. R. R., *et al.* Impactos negativos da COVID-19 na saúde mental. *In*: SILVA, C. D. da; CARVALHO, R. V. C. de; ARIÑO, D. O. (org.). **Atenção à Saúde mental nas pandemias: perspectivas e estratégias**. 1º ed. Belo Horizonte: Ampla, 2020.

VENTURA, D. de F. L.; REIS, R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. *In*: FERREIRA, A. B. *et al.* **Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil**, CEPEDISA: USP, n. 10, p. 6-31, 2021.

Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.

VIANA, A. L. d'Ávila *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Acesso em: 15 mar. 2022.

VIEIRA, F. S.; SERVO, L. M. S. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, p. 100–113, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/44SVpkjDHB6QcR5x4NtTNwf/#:~:text=Pondera%20que%20a%20coordena%C3%A7%C3%A3o%20federal,desses%20instrumentos%20pelo%20governo%20federal>. Acesso em: 11 jun, 2023.

WEBER, R. (org.). **Painel Saúde Mental: 20 anos da Lei 10.2016/01**. Brasília: Desinstitute, p. 84, 2021. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/painel-saude-mental-20-anos-da-lei-10-216/>. Acesso em: 10 mar. 2022.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1121-32, 2015. Disponível em: Acesso em: 05 fev, 2024.

WHO. **Mental health: a state of well-being**. 2019. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/. Acesso em: 14 mar. 2022.

WHO. **Strengthening our response**. Fact sheet 220; 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. Acesso em: 14 mar. 2022.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Rev. Polis Psique**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2018000100011&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 24 jan. 2024.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA RAPS

1- Gestão da política de saúde mental no cenário pandêmico:

1. Como é trabalhar na gestão da política de saúde mental e quais os potenciais e desafios para garantir atenção em saúde mental em Fortaleza?
2. Você notou impactos na saúde mental da população com a pandemia de COVID-19? Se sim, você poderia falar sobre eles?
3. Como você avalia a gestão da política de saúde mental nesse contexto? Especificar Fortaleza.
4. Você acha que algo mudou na atenção à saúde mental nos serviços da RAPS de Fortaleza com a pandemia? Se sim, você poderia falar mais sobre isso?
5. Como os serviços foram orientados a se organizarem para atender a demanda de saúde mental na pandemia? Quais foram as principais dificuldades e potencialidades? (direcionar APS e CAPS).
6. Como você avalia a articulação entre os serviços da RAPS durante a pandemia? Que mecanismos foram utilizados para essa articulação? (direcionar APS e CAPS)
7. Para você, quais os efeitos a longo prazo para a política de saúde mental e organização da RAPS em Fortaleza com a pandemia de COVID-19?

2- Gestão de serviços da raps no cenário pandêmico:

1. Como é trabalhar na gestão de um serviço da RAPS e quais os potenciais e desafios deste serviço para atenção à saúde mental.
2. Você notou impactos na saúde mental da população com a pandemia de COVID-19? Se sim, você poderia falar sobre eles?
3. Como você avalia a política de saúde mental durante a pandemia?
4. Você acha que algo mudou na atenção à saúde mental no seu serviço com a pandemia? Se sim, você poderia falar mais sobre isso?
5. Como o serviço se organizou para atender a demanda de saúde mental na pandemia? Quais foram as principais dificuldades e potencialidades? O que mudou no fluxo?
6. Como você avalia a articulação entre os serviços da RAPS durante a pandemia? Que mecanismos foram utilizados para essa articulação? (direcionar APS e CAPS)
7. Para você, quais os efeitos a longo prazo para a política de saúde mental e organização da RAPS em Fortaleza com a pandemia de Covid-19?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA RAPS

1. Como é trabalhar em um serviço da RAPS e quais os potenciais e desafios deste serviço para atenção à saúde mental.
2. Você notou impactos na saúde mental da população com a pandemia de COVID-19? Se sim, você poderia falar sobre eles?
3. Como você avalia a Política de Saúde Mental durante a pandemia?
4. Você acha que algo mudou no trabalho e na atenção à saúde mental no seu serviço com a pandemia? Pode me falar um pouco sobre essas mudanças.
5. Como o serviço se organizou para atender a demanda de saúde mental na pandemia? Quais foram as principais dificuldades e potencialidades? O que mudou no fluxo?
6. Como você avalia a articulação entre os serviços da RAPS durante a pandemia? Que mecanismos foram utilizados para essa articulação? (direcionar APS e CAPS)
7. Para você, quais os efeitos a longo prazo para a política de saúde mental e organização da RAPS em Fortaleza com a pandemia de Covid-19?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) pelos pesquisadores responsáveis, Amanda Pinheiro (discente), Prof. Dra. Carmem E. Leitão Araújo (orientadora) e Prof. Dr. Carlos Eduardo Menezes Amaral (coorientador) como participante da pesquisa intitulada **“REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19: IMPLICAÇÕES DA EMERGÊNCIA SANITÁRIA NA PERSPECTIVA DE GESTORES E TRABALHADORES”**, porque é um(a) gestor, trabalhador ou usuário de serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Fortaleza durante a pandemia de Covid-19. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

PROPÓSITO DA PESQUISA: O objetivo deste estudo é compreender as implicações da pandemia de Covid-19 na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza sob a ótica de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços.

PROCEDIMENTO DA PESQUISA: A Participação nesta pesquisa acontecerá por meio do convite e disponibilização do TCLE, via e-mail ou presencialmente. As entrevistas serão realizadas com roteiro semi estruturado, de forma presencial e em local favorável para o entrevistado, serão gravadas e posteriormente transcritas, seguindo os procedimentos éticos da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Esta pesquisa trará como benefício direto para o/a participante a possibilidade de dar voz aos atores que estão na gestão, execução e beneficiários da política de saúde mental na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza. Esta participação poderá contribuir no conhecimento das consequências da pandemia de COVID-19 para a atenção psicossocial dos serviços da RAPS, em diferentes perspectivas dos atores-chave na condução e efetivação da política de saúde mental.

RISCOS: A pesquisa não apresenta qualquer risco à integridade física. Possíveis riscos sociais e psicológicos aos entrevistados(as), como constrangimento ou incômodo emocional, serão minimizados ao se realizar orientações e encaminhamentos que se façam necessários para serviços de atenção psicossocial ou de defesa de direitos. O participante terá liberdade para escolher o melhor dia e horário para realização da entrevista, a fim de não causar prejuízos à sua rotina.

CONFIDENCIALIDADE: As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A sua participação é voluntária e a recusa em autorizá-la não acarretará quaisquer penalidades ou perdas de benefícios aos quais você tem direito. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, o pesquisador deve ser comunicado e a coleta de informações relativas à pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS: Se você tiver interesse, você poderá receber uma cópia dos resultados da pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS: As pesquisadoras garantem que você terá acesso sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, segue o contato do pesquisador responsável pela pesquisa.

Dados dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: Amanda Pinheiro

Instituição: Universidade Federal do Ceará – UFC; Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará.

Telefone para contato: (85) 999555362

Nome: Carmem E. Leitão Araújo

Instituição: Universidade Federal do Ceará – UFC; Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608 - Bloco Didático, 5º andar, Rodolfo Teófilo - Fortaleza, Ceará.

Telefone para contato: (85) 999650876

Nome: Carlos Eduardo Menezes Amaral

Instituição: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) - Colegiado de Medicina do Campus Paulo Afonso.

Endereço: Rua da Aurora, S/Nº, Bairro General Dutra - Paulo Afonso, Bahia.

Telefone para contato: (85) 999600624

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/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.

Declaro que é de livre e espontânea vontade que participo desta pesquisa e que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam as minhas dúvidas. E declaro, ainda, ter recebido uma via assinada deste termo.

Fortaleza-CE, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa _____

Assinatura da (o) participante da pesquisa: _____

CPF: _____ Tel: _____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

CPF: _____

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Rede de Atenção Psicossocial na pandemia de COVID-19: implicações da emergência sanitária na atenção à saúde na perspectiva de gestores, trabalhadores e usuários de serviços.

Pesquisador: Amanda Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63994622.2.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.727.010

Apresentação do Projeto:

O estudo visa avaliar como serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza enfrentaram a pandemia de COVID 19 e quais as repercussões para a atenção à saúde mental. A avaliação será realizada a partir dos significados, preocupações e questões atribuídas por atores relevantes da RAPS de Fortaleza em tempos de pandemia de COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Compreender as implicações da pandemia de COVID-19 na Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza sob a ótica de gestores, trabalhadores e usuários de serviços.

Específicos:

Conhecer as implicações da pandemia de COVID-19 na atenção à saúde mental; Descrever as mudanças e estratégias estabelecidas em serviços da RAPS para o cuidado em saúde mental no contexto da pandemia por COVID-19;

Identificar a conectividade e integração de serviços da RAPS no contexto da pandemia de COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: mínimos, relacionados ao constrangimento ou incômodo emocional, serão minimizados por meio de orientações e encaminhamentos que se façam necessários para serviços de atenção

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.727.010

psicossocial ou de defesa de direitos. O participante terá liberdade para escolher o melhor dia e horário para realização da entrevista, a fim de não causar prejuízos à sua rotina. O respondente poderá retirar seu consentimento de participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Benefícios: a possibilidade de dar voz aos atores que estão na gestão, execução e beneficiários de serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza. Esta participação poderá contribuir no conhecimento das consequências da pandemia de COVID-19 para a atenção psicossocial destes serviços, em diferentes perspectivas dos atores-chave na condução e efetivação da política de saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa e inspiração na avaliação de quarta geração, devido a importância de identificar as reivindicações, preocupações e questões com relação ao objeto de avaliação entre os diferentes grupos de interesse (usuários, trabalhadores e gestores).

Esta pesquisa utilizará análise documental e realização de entrevistas com usuários, trabalhadores e gestores da RAPS de Fortaleza.

1º) Ordenação dos dados: reunião de todo o material obtido na pesquisa de campo. No caso deste trabalho, as transcrições de entrevistas, documentos utilizados, releitura do material, organização dos dados das entrevistas e documentos na ordem da proposta analítica.

2º) Classificação dos dados.

3º) Análise final: estabelecimento de articulação entre os dados encontrados e referenciais teóricos da pesquisa, respondendo aos objetivos da pesquisa, promovendo relações entre o concreto e abstrato, geral e particular, teoria e prática. Para apoiar o processo de análise, com a definição de categorias centrais e relevantes da pesquisa será utilizado o software Atlas Ti.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de forma adequada: ofício de encaminhamento; folha de rosto, currículo do pesquisador; anuência da instituição; cronograma; orçamento; TCLE; declaração dos pesquisadores.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.727.010

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2016393.pdf	23/09/2022 12:02:47		Aceito
Outros	ROTEIROS_DE_ENTREVISTA.pdf	23/09/2022 11:59:07	Amanda Pinheiro	Aceito
Outros	Curriculo_pesquisadora_principal.pdf	23/09/2022 11:58:48	Amanda Pinheiro	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CARTA_CEP_UFC.pdf	23/09/2022 11:57:01	Amanda Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	23/09/2022 11:56:04	Amanda Pinheiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	23/09/2022 11:55:26	Amanda Pinheiro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/09/2022 11:55:12	Amanda Pinheiro	Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_COMPROMISSO_PARA_UTILIZACAO_DE_DADOS.pdf	23/09/2022 11:55:01	Amanda Pinheiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DOS_PESQUISADORES_ENVOLVIDOS_NA_PESQUISA.pdf	23/09/2022 11:54:28	Amanda Pinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_DE_ANUENCIA_SMS.pdf	23/09/2022 11:54:12	Amanda Pinheiro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/09/2022 11:52:32	Amanda Pinheiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	23/09/2022 11:52:00	Amanda Pinheiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.727.010

FORTALEZA, 27 de Outubro de 2022

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br